VII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 44)
z dnia 26 września 2012 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 44)

26 września 2012 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bolesława Piechy (PiS)**, przewodniczącego Komisji oraz posła **Tomasza Latosa**, zastępcy przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

- rozpatrzenie „Sprawozdania z realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” (druk nr 692),

- rozpatrzenie informacji na temat realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie dermatologii – kontynuacja.

W posiedzeniu udział wzięli: **Krzysztof Chlebus** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Krystyna Kozłowska** rzecznik praw pacjenta wraz ze współpracownikami, **Zbigniew Teter** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Maciej Piróg** doradca w Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, **Zdzisław Bujas** członek Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych **Małgorzata Kilarska** specjalista w Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych, **Stanisław Maćkowiak** prezes Federacji Pacjentów Polskich, **Urszula Michalska** przewodnicząca Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, **Joanna Narbutt** sekretarz generalny Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, **Ewa Psiurska** przedstawicielka Fundacji Alabaster, **Elżbieta Puacz** prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz **Marek Walkiewicz** delegat Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegrzułka** oraz **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

W posiedzeniu udział wzięła lobbystka **Anna Kadzikiewicz** – VIEWPOINT GROUP.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę o zajmowanie miejsc. Przepraszam za 15-minutowe opóźnienie. W dalszym ciągu możliwości organizacyjne, dotyczące głównie miejsc do spotkań w naszym Sejmie, są ograniczone, w związku z czym pracujemy „na zakładkę” z różnymi komisjami i zespołami. Następną przeszkodą jest to, że każda sala ma swojego gospodarza – gospodarzami większych sal są głównie kluby parlamentarne. Przypominam sobie, że w poprzedniej kadencji musieliśmy przerwać posiedzenie Komisji po to, żeby klub mógł odbyć swoje posiedzenie. Ale, do rzeczy.

Chciałbym otworzyć posiedzenie Komisji Zdrowia. Państwo otrzymali porządek dzisiejszego posiedzenia. Witam przede wszystkim szanowne panie i szanownych panów posłów. Witam pana ministra – z tego, co pamiętam, pierwszy raz na posiedzeniu naszej Komisji. Witam przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia. Witam zaproszonych gości, których jest sporo. Myślę, że w trakcie naszych debat będziemy bardziej zajmować się personaliami, bo w dzisiejszym porządku mamy dwa różne tematy, aczkolwiek zawsze odnoszące się do tego samego, czyli do pacjenta i stanu jego zdrowia.

Proponowałbym, żeby rozpocząć dzisiejsze posiedzenie od rozpatrzenia Sprawozdania z realizacji zadań wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Państwo otrzymali to Sprawozdanie, przyjęte przez Radę Ministrów, w druku nr 692. Pan prezes Rady Ministrów upoważnił do przedstawienia tego Sprawozdania rzecznika praw pacjenta, panią Krystynę Barbarę Kozłowską.

Bardzo bym prosił, jeżeli to możliwe, aby pani rzecznik skrótowo przedstawiła nam to bardzo obszerne Sprawozdanie, żeby był czas na dyskusję i przedstawienie wniosków, tym bardziej, że dzisiaj mamy jeszcze drugi punkt do rozpatrzenia. Jest to kontynuacja posiedzenia Komisji Zdrowia z 24 maja 2012 r., kiedy rozmawialiśmy o sprawach związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie dermatologii. Wtedy został przyjęty taki postulat, żeby Sprawozdanie uzupełnić o szczegółowe dane, spróbować usunąć pewne bardzo dziwne wnioski – jak wtedy wynikało – z jednej strony z Ministerstwa Zdrowia, a z drugiej strony – z Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczące głównie sum mieszczących się w przedziale od sześciu do dziewięciu zer, czyli od miliona do miliarda. Takich rozbieżności Komisja nie mogła przyjąć. Poza tym, jeśli sobie przypominam, na prośbę jednej z posłanek poprosiliśmy również o uzupełnienie przez Ministerstwo Zdrowia informacji o dostępności do świadczeń dermatologicznych w kontekście kadry medycznej, czyli, jak lekarze tego typu świadczenia mogą realizować. To zostało państwu doręczone. Myślę, że w następnej kolejności zabierze głos pan minister zdrowia, potem zaproszeni goście, odbędzie się dyskusja i spróbujemy podsumować to dwustopniowe posiedzenie z 24 maja i 26 września.

Bardzo proszę panią rzecznik praw pacjenta, Krystynę Barbarę Kozłowską, o przedstawienie Sprawozdania z realizacji zadań wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Proszę uprzejmie.

Rzecznik praw pacjenta Krystyna Kozłowska:

Dziękuję bardzo. Wysoka Komisjo, szanowni państwo! Chciałabym przedstawić Sprawozdania z działalności Rzecznika za rok 2011. Jest to drugi pełny rok działalności Rzecznika jako centralnego organu administracji rządowej. Warto podkreślić, że w tym okresie sprawozdawczym nowelizowana ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadziła możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych przed wojewódzkimi komisjami, które rozpoczęły działalność z dniem 1 stycznia 2012 r.

Jeśli chodzi o informacje statystyczne, w 2011 r. najczęściej stwierdzane przez Rzecznika naruszenie prawa dotyczyło prawa do dokumentacji medycznej oraz prawa do świadczeń zdrowotnych, a następnie – prawa pacjenta do tajemnicy informacji. Kolejne było prawo do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz prawo do poszanowania intymności i godności.

W 2011 r. do Biura wpłynęło 36.228 zgłoszeń od pacjentów drogą pisemną, telefoniczną oraz w wyniku wizyt. W tym okresie sprawozdawczym Rzecznik w 770 przypadkach podjął sprawę na wniosek, w 2824 przypadkach wskazał przysługujące środki prawne, w 299 przekazał sprawę według właściwości, a w 264 nie podjął sprawy z uwagi na braki formalne. Rzecznik nie podejmował spraw wyłącznie w sytuacji stwierdzenia swojej niewłaściwości – wówczas sprawę przekazywano do rozpoznania organowi właściwemu lub informowano wnioskodawcę o możliwych do podjęcia środkach prawnych. W przypadku wpłynięcia wniosku będącego poza właściwością Rzecznika, Rzecznik wskazywał wnioskodawcy inne, możliwe do podjęcia środki prawne.

W 2011 r. wszczętych zostało 839 postępowań wyjaśniających, w tym 770 na podstawie pisemnych i osobistych wniosków pacjentów lub osób działających w ich imieniu i 69 z własnej inicjatywy Rzecznika, w związku z informacjami pochodzącymi ze środków masowego przekazu lub zgłoszeń przekazywanych za pośrednictwem ogólnopolskiej bezpłatnej infolinii.

Szczegółowe dane. Jeśli chodzi postępowania wyjaśniające, z 770 postępowań wszczętych na podstawie wniosków w 88 postępowaniach stwierdzono naruszenie praw pacjenta, w 545 nie stwierdzono naruszenia praw pacjenta, 28 postępowań umorzono, 109 wszczęto w 2011 r. i kontynuowano w 2012 r. 69 postępowań wszczętych było z własnej inicjatywy Rzecznika, z tego w 11 postępowaniach stwierdzono naruszenie praw pacjenta, w 51 sprawach nie stwierdzono naruszenia praw pacjenta, 6 umorzono, a jedno było kontynuowane w 2012 r.

W przypadkach, w których stwierdzone zostało naruszenie praw pacjenta, Rzecznik podjął następujące działania. Były to wystąpienia do dyrektorów podmiotów leczniczych o wdrożenie działań naprawczych, skutkujące między innymi opracowaniem nowych procedur, zmianą regulaminów wewnętrznych, szkoleniami personelu medycznego, działaniami dyscyplinarnymi wobec personelu. Kolejne działania, to: kierowane do organów ścigania zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia czynu zabronionego, między innymi o niepokojących działaniach mogących wskazywać na zaniedbania świadczeniodawcy wobec hospitalizowanych pacjentów oraz niedopełnienie obowiązków służbowych przez personel; wystąpienia do organów założycielskich informujące o nieprawidłowościach w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych, w tym z wnioskami o podjęcie działań zgodnie z kompetencjami nadzorczymi; wystąpienia do właściwych konsultantów krajowych i wojewódzkich; informowanie pacjentów, opiekunów prawnych, przedstawicieli ustawowych o przysługujących im prawach, w tym o możliwości i trybie dochodzenia roszczeń cywilnych. W sprawach wymagających wyjaśnienia, Rzecznik zwracał się o podjęcie działań, zgodnie z kompetencjami, do policji, prokuratur i sądów.

Badanie sprawy na miejscu. Rzecznik Praw Pacjenta posiada ustawową możliwość zbadania danej sprawy na miejscu. Taką formę działania w 2011 r. uczyniono stałym elementem czynności podejmowanych przez Rzecznika w procesie eliminowania naruszeń praw pacjenta. Rzecznik wziął pod uwagę, iż osoby przebywające w szpitalach psychiatrycznych to pacjenci wymagający szczególnej pomocy i wsparcia. Wprowadzono praktykę, zgodnie z którą wszystkie przypadki i sygnały budzące szczególnie uzasadniony niepokój, uprawdopodabniające naruszenie praw pacjenta, stały się podstawą do zbadania sprawy na miejscu. Praktyka pokazała, że tego typu działania cechuje wysoka skuteczność. W 2011 r. pracownicy Biura Rzecznika zbadali na miejscu funkcjonowanie 22 placówek leczniczych o charakterze psychiatrycznym w dziesięciu województwach – dolnośląskim, opolskim, mazowieckim, wielkopolskim, pomorskim, podlaskim, śląskim, kujawsko-pomorskim, świętokrzyskim i lubuskim, w wyniku czego w czternastu szpitalach stwierdzono łamanie praw pacjenta – przy czym 3 z 22 postępowań przeprowadzono wspólnie z Ministerstwem Zdrowia.

Prawo pacjenta do sprzeciwu. W 2011 r. do Rzecznika wpłynęło 17 sprzeciwów. Nie podlegały one rozpatrzeniu z uwagi na przysługującą im drogę odwoławczą w konkretnej sprawie, poprzez niezachowanie ustawowego terminu oraz wniesienie sprzeciwu przez osobę nieuprawnioną. W 2011 r. opracowano również listę lekarzy, którzy mogą być członkami Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

Postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów rozumie się bezprawne zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, stwierdzone prawomocnych orzeczeniem sądu; zorganizowanie, wbrew przepisom o rozwiązywaniu sporów zbiorowych, akcji protestacyjnej lub strajku, które mają na celu pozbawienie pacjentów praw lub ich ograniczenie, szczególnie w celu osiągnięcia korzyści majątkowej. Podkreślę, że nie jest zbiorowym prawem pacjentów suma praw indywidualnych.

Przykładowe postępowania wszczęte w 2011 r. Decyzją wydaną w 2012 r. Rzecznik Praw Pacjenta uznał praktyki polegające na angażowaniu małoletnich pacjentów Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży w Samodzielnym Wojewódzkim Publicznym Zespole Zakładu Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Radomiu za naruszające zbiorowe prawa pacjentów oraz nakazał ich zastosowanie. W przypadku wyżej wymienionej placówki, Rzecznik uznał również jako praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjentów działania polegające na pobieraniu opłat za wydawanie zaświadczeń lekarskich i zaświadczeń o pobycie w szpitalu oraz na ograniczaniu prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami w oddziale psychiatrii dla dzieci i młodzieży.

Postępowanie dotyczące XII Oddziału Psychiatrycznego w Starogardzie Gdańskim również zostało zakończone wydaniem decyzji uznającej działania polegające na angażowaniu małoletnich pacjentów szpitala do prac porządkowych na terenie oddziału, a także na ograniczaniu prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami; stosowania tak zwanego reżimu łóżkowego za niewywiązywanie się

z regulaminowych obowiązków jako praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjentów oraz stwierdził zaniechanie tego typu praktyk. Postępowania wszczęte w 2011 r. nie dały postaw do nałożenia kary, ponieważ podmioty lecznicze przekazywały Rzecznikowi informacje i materiały, o które występował oraz, w toku prowadzonego postępowania, odstępowały od stosowania przedmiotowych praktyk.

Kolejny punkt – współpraca w zakresie uczestnictwa w sprawach cywilnych związanych z naruszeniem praw pacjenta oraz z prokuraturą i sądami. W 2011 r. Rzecznik wystąpił do wszystkich prezesów sądów okręgowych z informacją o jego ustawowych uprawnieniach zawartych w art. 55 ustawy oraz z prośbą o informowanie Rzecznika na temat planowanych terminów posiedzeń w sprawach dotyczących odszkodowań za tak zwane błędy medyczne a także zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego – w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta. Rzecznik pozostaje w stałym kontakcie z powodami, na bieżąco jest informowany o kolejnych etapach postępowań toczących się przed sądami powszechnymi.

Kolejny punkt – opracowywanie i przedkładanie Radzie Ministrów projektów aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta. W 2011 r. rozpoczęto prace nad nowelizacją ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, mającą na celu wzmocnienie ochrony praw pacjentów poprzez usunięcie niepewności interpretacyjnych wynikających z części obecnych przepisów. Rzecznik wystąpił również o poszerzenie kompetencji Rzecznika w celu umożliwienia skuteczniejszej ochrony praw pacjentów a także o uregulowanie w szerszym zakresie kwestii związanych z działaniem wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Następny punkt – występowanie Rzecznika do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej. Rzecznik występował w przedmiocie zmiany przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lutego 2007 r. w sprawie zasad kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Chodziło o choroby psychiczne stanowiące przeciwwskazanie uniemożliwiające potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe. W opinii Rzecznika, potwierdzonej opinią lekarzy specjalistów, tak restrykcyjne rozwiązanie jest krzywdzące oraz jawnie dyskryminujące osoby chore psychicznie, a także nie znajduje ono uzasadnienia medycznego i faktycznego wobec ogółu osób z przebytymi zaburzeniami psychicznymi. Opieraliśmy się, między innymi, na opinii konsultanta krajowego.

Kolejne wystąpienie – do Ministra Zdrowia, w którym Rzecznik informował o konieczności uregulowania kwestii łagodzenia bólu porodowego. W wyniku działań podjętych przez Rzecznika, wszczęte zostały prace nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego.

Kolejne wystąpienie, to wystąpienie do Ministra Zdrowia w przedmiocie zmiany ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, w zakresie odpowiedzialności świadczeniodawców za bezpieczeństwo osób z zaburzeniami psychicznymi podczas hospitalizacji. W wystąpieniu podano przykłady zdarzeń niepożądanych. Ministerstwo Zdrowia zadeklarowało współpracę w zakresie przeprowadzenia wspólnych kontroli w placówkach, w których dochodzi do zdarzeń niepożądanych. Te wspólne kontrole odbyły się, między innymi, we Wrocławiu, Lubiążu i Międzyrzeczu.

Kolejne wystąpienie do Ministra Zdrowia, w przedmiocie uregulowania kwestii stosowania instytucji przymusu bezpośredniego w przypadkach nieobjętych przepisami ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, a mówiąc krótko – o nadużywanie przymusu bezpośredniego w zakresie stosowanego przymusu w szpitalach ogólnych. Był to problem zgłaszany przez świadczeniodawców. Ministerstwo Zdrowia zadeklarowało podjęcie prac nad zmianą ustawy i w roku 2012 weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego stosowania.

Kolejny punkt – opracowywanie i wydawanie publikacji oraz programów edukacyjnych popularyzujących wiedzę o ochronie praw pacjenta. Była to, między innymi, ogólnopolska kampania społeczna Rzecznika pt. „Pacjencie! Nie jesteś sam”.

Z początkiem listopada 2011 r. zaczęła się pierwsza ogólnopolska kampania społeczna Rzecznika pt. „Pacjencie! Nie jesteś sam”. Celem kampanii było przybliżenie tematyki

praw pacjenta i podniesienie społecznej świadomości w tym zakresie, a także zwiększenie rozpoznawalności instytucji Rzecznika wśród obywateli. Materiały przygotowane w ramach kampanii zostały bezpłatnie wyemitowane w wybranych ogólnopolskich stacjach telewizyjnych – Polsat, TVN, TVN7 i kilku innych, a także radiowych – Polskie Radio oraz opublikowane na łamach ośmiu ogólnopolskich czasopism. Ponadto wydano ulotkę informacyjną o prawach pacjenta i Biurze Rzecznika Praw Pacjenta.

Rzecznik zorganizował konferencję pt. „W stronę etyki. Personel medyczny – pacjent". Celem przedsięwzięcia było promowanie przestrzegania praw pacjenta oraz zasad etycznego zachowania personelu medycznego wobec pacjentów. Kontynuacją działań Rzecznika, związanych z promowaniem praw pacjenta oraz etycznego zachowania personelu medycznego, była również konferencja organizowana wspólnie z wojewodą podlaskim, która odbyła się w listopadzie w Białymstoku. Inne działania edukacyjne i popularyzujące to również aktywny udział rzecznika i pracowników w wydarzeniach, które bezpośrednio lub pośrednio związane były z prawami pacjenta.

Kolejne zadanie Rzecznika, to współpraca z organizacjami pozarządowymi. W ramach współpracy, organizacje pozarządowe mogą przekazywać Rzecznikowi informacje o sprawach indywidualnych oraz ogólnych problemach, które – ich zdaniem – wymagają szczególnej uwagi Rzecznika. W 2011 r. do Rzecznika wpłynęło 47 sygnałów od organizacji społecznych, zawodowych, stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji, na przykład, zrzeszających chorych i rodziny osób cierpiących na choroby rzadkie. Były to, między innymi: Fundacja Urszuli Jaworskiej, Stowarzyszenie Pomocy Rodzinom Dzieci Cierpiących na Skutek Inwazyjnych Chorób Bakteryjnych „Parasol dla Życia", Stowarzyszenie Rodzin z Chorobą Fabry'ego, Stowarzyszenie Chorych na Mukopolisacharydozę i Choroby Rzadkie, Stowarzyszenie Chorych na Czerniaka. Sprawy przekazywane przez organizacje dotyczyły przede wszystkim propozycji konieczności zmian przepisów prawnych, na przykład w zakresie rozszerzenia dostępu do bezpłatnego leczenia danych grup pacjentów. po dokonaniu szczegółowej analizy każdego takiego zgłoszenia, w sytuacjach tego wymagających, Rzecznik występował do właściwych organów instytucji. Przykładowo – wystąpienie do Ministra Zdrowia w związku z apelem Stowarzyszenia Pomocy Rodzinom Dzieci Cierpiących na Skutek Inwazyjnych Chorób Bakteryjnych „Parasol dla Życia". Dotyczyło ono rozszerzenia Kalendarza szczepień ochronnych przez objęcie szczepieniami przeciwko pneumokokom dzieci urodzonych przedwcześnie. Kolejne wystąpienie Rzecznika – do Ministra Zdrowia, w sprawie sfinansowania ze środków publicznych leczenia chorych na chorobę Pompego. Kolejne – wystąpienie w sprawie ustanowienia terapeutycznego programu zdrowotnego dotyczącego leczenia choroby Fabry'ego i wystąpienie do prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych w sprawie możliwości objęcia leczeniem preparatem interferon-beta dzieci poniżej 16 roku życia, cierpiących na stwardnienie rozsiane, co już w tej chwili funkcjonuje.

Współpraca z organami władzy publicznej, w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw, a w szczególności z ministrem właściwym do spraw zdrowia. W tym celu Rzecznik współpracował z Ministrem Zdrowia, Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministrem Pracy i Polityki Społecznej, Rzecznikiem Praw Obywatelskich, Najwyższą Izbą Kontroli, Narodowym Funduszem Zdrowia, konsultantami krajowymi i wojewódzkimi oraz Państwowym Wojewódzkim Inspektoratem Sanitarnym w Warszawie.

W zakresie omawianych działań, Rzecznik podjął również istotną współpracę z Ministrem Sprawiedliwości. Działania te związane były z obroną przed Komitetem Praw Człowieka ONZ VI Sprawozdania Okresowego RP z realizacji postanowień Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych. Ponadto, wspólnie z Ministerstwem Spraw Zagranicznych podjęte zostały inicjatywy w ramach przygotowań do debaty przez Komitetem Rady Ministrów Rady Europy, między innymi implementacji orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie A. T. przeciwko Polsce oraz w zakresie skargi dotyczącej odmowy dostępu do legalnego zabiegu przerwania ciąży w Polsce, złożonej do Komisji ds. Statusu Kobiet.

Kolejne zadanie Rzecznika – przedstawianie właściwym organom władzy publicznej, organizacjom i instytucjom oraz samorządom zawodów medycznych, ocen i wniosków

zmierzających do zapewnienia skutecznej obrony praw pacjenta. To były wystąpienia przede wszystkim do wojewodów z wnioskiem o podjęcie inicjatywy mającej na celu powołanie, między innymi, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, na przykład, na terenie województwa łódzkiego oraz wystąpienia w sprawie podjęcia inicjatywy edukacyjnej, mającej na celu eliminowanie nieetycznych zachowań personelu medycznego wobec pacjentów hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych.

W 2011 r. Rzecznik odnotował wzrost liczby wniosków dotyczących nienależytego wykonywania praw pacjenta, w szczególności prawa do informacji o swoim stanie zdrowia, prawa pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego do wyrażenia zgody na udzielenie informacji innej osobie oraz prawa do dokumentacji medycznej oraz prawa pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego do udzielenia upoważnienia do dostępu do dokumentacji osobie trzeciej. W związku z powyższym, Rzecznik wystąpił do wojewodów jako podmiotów prowadzących rejestry podmiotów leczniczych, mających siedzibę na terenie danego województwa, z prośbą o przekazanie rekomendacji Rzecznika w tym zakresie. Ponadto, z zapytaniami w wyżej wymienionym zakresie występowały do Rzecznika same podmioty lecznicze, organy samorządów terytorialnych będące organami założycielskimi podmiotów leczniczych, oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia. Do wszystkich tych podmiotów zostały skierowane stosowne wyjaśnienia.

Kolejne wystąpienie Rzecznika – do Polskiej Rady Ratowników Medycznych. Rzecznik poparł inicjatywę Polskiej Rady Ratowników Medycznych w sprawie projektu opracowania formularza karty zastosowania przymusu bezpośredniego przez kierującego akcją medyczną, wnosząc jednocześnie poprawki do niniejszego projektu.

Kolejne przykładowe wystąpienie – do Głównego Inspektora Sanitarnego, do Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej oraz Głównego Inspektora Nadzoru Budowlanego. Rzecznik zainicjował oraz monitorował ogólnopolskie akcje kontrolne służb inspekcji sanitarnej, straży pożarnej i nadzoru budowlanego w szpitalach psychiatrycznych oraz oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych na terenie całego kraju. W wystąpieniu – odpowiednio – do Głównego Inspektora Sanitarnego, do Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej oraz Głównego Inspektora Nadzoru Budowlanego Rzecznik przekazał odpowiednim organom i instytucjom informacje dotyczące zidentyfikowanych nieprawidłowości w poszczególnych obszarach.

Kolejne przykładowe wystąpienie – do prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych. Było to wystąpienie z zapytanie, czy avastin może być lekiem stosowanym w terapii pacjentów cierpiących na wysiękową postać zwyrodnienia plamki żółtej, związaną z wiekiem i otrzymać rekomendację świadczenia gwarantowanego w leczeniu tego schorzenia. W odpowiedzi prezes Agencji wskazał, że Agencja Oceny Technologii Medycznych wznowi prace w przedmiocie stosowania avastinu.

Kolejne wystąpienie – do Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczyło działań Funduszu w obszarze kontraktowania świadczeń z uwzględnieniem aspektów wynikających z dążenia do zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Dotyczy to również osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji leczniczej.

Kolejne wystąpienie – skierowane do Ministra Zdrowia. Było to wystąpienie o przekazanie informacji, czy przewidywane są zmiany ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i czy one nie stwarzają zagrożenia ze względu na poziom odpłatności w leczeniu, na przykład, chorych na fenyloketonurię. Ministerstwo wskazało, iż rozwiązania proponowane w wyżej wymienionej ustawie nie spowodują ograniczania dostępności chorych na fenyloketonurię do różnorodnych produktów żywieniowych, bowiem istnieje możliwość, aby środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, które różnią się składem, kwalifikowane były do oddzielnych grup limitowych.

Następne zadanie Rzecznika – współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjentów. Rzecznik podejmował współpracę z organizacjami pozarządowymi i zawodowymi. Wymienię je: Biuro Rzecznika Spraw Osób Uzależnionych, Związek Pracodawców Mazo-

wieckie Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia (Wielkopolskie Porozumienie Zielonogórskie).

Kolejne zadanie Rzecznika to analiza skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy. Rzecznik Praw Pacjenta, w związku z otrzymywanymi sygnałami dotyczącymi dostępu do sprzętu ortopedycznego i środków pomocniczych, wziął udział w opracowaniu projektu rozporządzenia dotyczącego, między innymi, kryteriów kwalifikacyjnych i limitów w refundacji środków pomocniczych i sprzętu ortopedycznego. Ponadto, Rzecznik zwracał się do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia z zapytaniami dotyczącymi zapewnienia świadczeń na terenie gminy, dzielnicy, miejscowości. Rzecznik współdziałał w tym zakresie z wójtami gmin i innymi przedstawicielami samorządu terytorialnego. Rzecznik otrzymywał informację, że świadczenia na danym terenie są zabezpieczone w odpowiedniej ilości. Ponadto, Rzecznik zwrócił się do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie problemu dostępu do rehabilitacji leczniczej prowadzonej przez świadczeniodawców u chorych wymagających tego świadczenia w warunkach domowych, to jest osób niepełnosprawnych, nieporuszających się samodzielnie, w tym para- i tetraplegików oraz osób po udarach, wylewach i wypadkach komunikacyjnych. Zaledwie niewielki odsetek kontraktów – 5%, służy wymienionym wyżej świadczeniobiorcom. Mają więc ograniczony dostęp. Zdaniem Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczenia są zabezpieczone. W 2012 r. Rzecznik będzie kontynuować sprawę, gdyż nadal otrzymuje informację od pacjentów i ich rodzin, że pacjenci nie mają dostępu do rehabilitacji kompleksowej. Rzecznik zwrócił też uwagę na dowolność interpretacji art. 28 ust. 3 ustawy, w kwestii pobierania opłat za kserokopie dokumentacji medycznej, zwłaszcza w kontekście pobierania przez świadczeniodawców podatku VAT. Rzecznik zwrócił się do Ministra Finansów o zajęcie stanowiska w tej sprawie. Z treści przekazanego stanowiska wynika, że w świetle obowiązujących przepisów objęte zwolnieniem są usługi w zakresie udostępniania pacjentowi jego dokumentacji medycznej, o ile mieszczą się w zakresie usług opieki medycznej. W przypadku wątpliwości odnośnie do zakresu stosowania przepisów podatkowych, podatnik może złożyć wniosek do Ministra Finansów z prośbą o indywidualną interpretację prawa podatkowego. Stanowisko to wykorzystywane jest w prowadzonych przez Rzecznika postępowaniach wyjaśniających.

Kolejne zadanie – wykonywanie innych zadań, określonych w przepisach prawa lub zleconych przez Prezesa Rady Ministrów. Rzecznik uczestniczył w pracach Rady do Spraw Przeciwdziałania Dyskryminacji Rasowej, Ksenofobii i związanej z nimi Nietolerancji. Ponadto, uczestniczył w pracach: Zespołu do spraw przeciwdziałania oszustwom i korupcji w ochronie zdrowia, Komisji Zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej – w zakresie udziału przedstawiciela Rzecznika w posiedzeniach Komisji do rozpatrzenia rządowych projektów ustaw.

I kolejne zadanie – ochrona zdrowia psychicznego. Na koniec 2011 r. zatrudnionych było 26 osób pełniących funkcję rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. Osoby te realizowały swoje zadania w czterdziestu siedmiu placówkach na terenie czternastu województw. W 2011 r. do rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego wpłynęły i zostały rozpatrzone 8233 sprawy. Dotyczyły one najczęściej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, przymusowej hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym, nieetycznego zachowania personelu medycznego wobec pacjentów i prośby o informację prawną.

Wynikające stąd naruszenia naruszenie praw pacjenta są następujące. Pacjent ma prawo wiedzieć (być dostatecznie poinformowany) o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego. Niekoniecznie decyduje o tym lekarz, bo wiemy, że przecież są wyjątki. Lekarz wyznaczony do tej czynności może go przyjąć po osobistym zbadaniu i zasięgnięciu, w miarę możliwości, opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Lekarz ten jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczynę nieprzyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach. Naruszenie przepisów stwierdzono w 15% zgłoszonych spraw.

Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu choroby zagraża bezpośrednio

swojemu życiu albo zdrowiu lub życiu innych osób. Naruszenia przepisów stwierdzono w 9% zgłoszonych spraw.

Wyrażanie zgody lub odmowy na leczenie w szpitalu psychiatrycznym, w przypadku nagłych przyjęć do szpitala psychiatrycznego może nastąpić bez wcześniejszego uzyskania zgody sądu opiekuńczego. W takim przypadku, lekarz przyjmujący ma obowiązek – o ile to możliwe – zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza, w miarę możliwości psychiatry, albo pisemnej opinii psychologa. Stwierdziliśmy naruszenie prawa w 10% spraw zgłaszanych w tym zakresie.

Jeśli chodzi o naruszenia praw pacjenta wynikające z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, najczęściej naruszane było prawo do świadczeń zdrowotnych – stwierdzono naruszenia w 27% zgłoszonych spraw. Prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody – naruszenie stwierdzono w 23% zgłoszonych spraw. Prawo do zachowania w tajemnicy, przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające świadczeń zdrowotnych, informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego – naruszenie przepisów stwierdzono w 76% zgłoszonych spraw. Prawo do poszanowania intymności i godności – naruszenie przepisów stwierdzono w 41% zgłoszonych spraw. Prawo do obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych – naruszenie przepisów stwierdzono w 65% zgłoszonych spraw. Prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami – naruszenie przepisów stwierdzono w 35% zgłoszonych spraw. Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej – naruszenie przepisów stwierdzono w 25% zgłoszonych spraw. Prawo do opieki duszpasterskiej – naruszenie przepisów potwierdzono w 54% zgłoszonych spraw. Najczęściej łamane prawa wynikające z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w stosunku do pacjentów placówek psychiatrycznych, to prawo do tajemnicy informacji, prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, prawo do opieki duszpasterskiej a następnie – prawo do intymności i godności.

Podsumowanie. Na podstawie doświadczeń, w roku 2011 mogłam powiedzieć, że świadomość polskich pacjentów w zakresie przysługujących im praw systematycznie rośnie. Znając swoje prawa, każda osoba mająca kontakt z placówkami ochrony zdrowia w Polsce, zarówno publicznymi, jak i niepublicznymi, domaga się ich egzekwowania. Zmusza to często podmioty prowadzące działalność leczniczą do szkolenia personelu, tworzenia standardów i procedur postępowania z pacjentami oraz wprowadzania aktów wewnętrznych, które systematyzują postępowanie w zakresie przestrzegania praw pacjentów.

Działania takie jak badanie sprawy na miejscu, szczególnie w przypadku pacjentów szpitali psychiatrycznych – pracownicy Biura, jako obserwatorzy, brali udział w rozprawach sądowych na terenie całego kraju. Ponadto prowadzono postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Rzecznik dbał też o wprowadzanie zmian legislacyjnych, w tym zmiany ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – rozpoczęte w roku 2011 są obecnie kontynuowane. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo, pani rzecznik. Czy ze strony Ministerstwa Zdrowia jest chęć dodania czegoś do tego Sprawozdania, panie ministrze?

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Chlebus:

Chcę powiedzieć, że współpraca z panią rzecznik układa się bardzo dobrze. Jeśli chodzi o sam raport, nie mam nic do dodania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. W związku z tym pozwolę sobie otworzyć dyskusję na temat tego Sprawozdania. Proszę bardzo, pani poseł Hrynkiewicz zgłasza się jako pierwsza.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, pani minister! Przeczytałam już kolejne Sprawozdanie – czytałam poprzednie – i powiem, że sprawa, która musi zastanawiać, to bardzo poważny, wykazany tutaj na wykresach, wzrost liczby skarg. Może to dobrze, że ta liczba wrasta, ale bardzo ważna byłaby efektywność tych skarg.

Oczywiście, wystąpienie do ministra wtedy, kiedy minister jest pracodawcą rzecznika praw pacjenta, i krytyka polityki… Premier jest… Krótko mówiąc, jeżeli Rzecznik Praw Pacjenta – wracam do tej samej sprawy, panie ministrze, i teraz mówię to do pana – jest organem administracji rządowej i ma kontrolować rząd, to oczywiście możemy się skarżyć. Możemy po prostu mówić, że coś źle działa, ale przecież nie będziemy krytykować ani nie będziemy wskazywać złego działania temu, kto nas utrzymuje. Powiedziałabym, że jest to kompletnie nieefektywne. I kolejny raz, panie ministrze – wiem, że być może ta sprawa nie jest w pana interesie – zwracam się do pana z prośbą, aby wyłączyć Rzecznika Praw Pacjenta z zakresu działania administracji rządowej, bo sami siebie kontrolować nie możemy. To, po prostu, jest niesłychanie trudne. I teraz, gdy pani rzecznik nam referuje różne sprawy, to one jasno wynikają z niedowładów systemowych. Już nie chce mi się nawet mówić o szczegółowych przypadkach, które są tu wymienione – one wynikają jasno z niedowładów systemowych. A ponieważ te niedowłady systemowe wynikają ze złego działania administracji, z braku działania – choćby koordynującego, kontrolującego, analitycznego czy programowego ministra zdrowia – to jasne jest, że my ich nie będziemy krytykować.

Z punktu widzenia pacjenta są ważne dwie sprawy. Pierwsza sprawa, to dostępność usług. Co mi z tego, że zrobią mi badania PET-em przy ul Szaserów, jeżeli czekam 2 tygodnie na opis tego badania? Ile trzeba czekać na opis takiego badania? A ile potem trzeba czekać na następne świadczenia, które wynikają z tego świadczenia? Jakie jest postępowanie w tym zakresie, jeśli choroba się rozwija? Co mi z tego, że Rzecznik działa, jeżeli w Olsztynie – czwarty raz o tym mówię – czeka się cztery lata operację zaćmy? W wielu ośrodkach jest tak samo. A co na to odpowiada minister zdrowia na poprzednim posiedzeniu Komisji? To, że po prostu w Olsztynie jest mało okulistów. To, co pan zrobił, panie ministrze, żeby ich tam było więcej? Ma pan w ręku wszystkie instrumenty koordynujące i programujące ten system i może pan to zrobić. Jeżeli pan nie wie, jak to zrobić, ja panu podpowiem. Akurat dobrze wiem, jak to można zrobić nie powiększając kosztów i zaangażowania. Chcę więc powiedzieć, że takich spraw jest bardzo dużo.

Druga sprawa. Nie chodzi o to, żeby nie skarżyć się, chodzi o to, żeby postępowanie lecznicze było efektywne. Jeśli ono ma być efektywne, to musi być wdrożony system kontroli jakości świadczonych usług. Ochrona zdrowia jest w Polsce tą dziedziną, w której nie ma kontroli świadczonych usług. Ona po prostu nie istnieje. Jako pacjent nie jestem w stanie skontrolować, czy lekarz postępuje prawidłowo, bo ja się na tym nie znam. I dlatego też od pana ministra wymagam odjęcia działań, które wprowadziłyby systemową kontrolę jakości świadczonych usług. Cóż z tego, że pacjent się poskarży? W moim okręgu przychodzą do mnie ludzie z mnóstwem skarg. Połowa skarg, które wpływają do mnie podczas każdego dyżuru, dotyczy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Są to skargi w różnych sprawach – od braku leków przeciwgruźliczych czy w przypadku ciężkiej astmy, poprzez brak dostępu do leczenia choroby Leśniowskiego-Crohna, do tego, że te osoby zostały źle potraktowane. Proszę wtedy te osoby, żeby napisały do mnie skargę w przypadkach, gdy są ewidentne przekroczenia. Co mi odpowiadają ci ludzie? Proszę pani, ja się boję, bo trafię do tego samego lekarza albo do jego kolegów. Nawet, jeśli pieniądze idą za pacjentem, to gdzie ma pojechać pacjent spod Rzeszowa, spod Przeworska czy spod Ustrzyk. Gdzie ma z tymi pieniędzmi pojechać? Gdzie one idą? Konieczne jest wdrożenie systemu kontroli jakości usług.

Ja nawet przedstawiałam pewne projekty, jeszcze św. pamięci panu ministrowi Relidze, jak to można zrobić etapowo. To jest rzecz potrzebna, ale nie zrobi się tego w tym systemie, w którym Rzecznik Praw Pacjenta jest organem administracji rządowej. Wobec tego, te wystąpienia do ministra są takie, jak moje tu, w Sejmie, kiedy zwracam się do ministra. Niby jestem posłem, mam mandat, ale minister nie odpowiada na moje wystąpienia na posiedzeniach Komisji. Ja na posiedzeniach Komisji już cztery razy mówiłam o zlikwidowaniu w Warszawie Akademickiej Służby Zdrowia. Stało się to rok temu, od 1 października. Likwidując Akademicką Służbę Zdrowia w Warszawie, zlikwidowano jednocześnie wysokospecjalistyczną przychodnię profilaktyczną chorób nowotworowych – najlepszą profilaktykę jaka była w Warszawie. Co się stało z tymi dokumentami? Kiedy likwidowano – byłam pacjentką – poprosiłam o zwrot tych doku-

mentów. Oczywiście, ich nie dostałam, mimo że osobiście w tej sprawie występowałam i prosiłam o zwrot dokumentów, które zawierają badania z wielu lat. Ile takich osób tam było? Po pierwsze, nie wiem, gdzie ich szukać. A po drugie, muszę za te dokumenty zapłacić. Czyli, jeśli likwiduje się jakąś placówkę, to trzeba się rozliczyć z pacjentami, pani Rzecznik. Czy nie trzeba?

A co się stało z akademicką ochroną zdrowia w Warszawie? Na stronie internetowej, po moich licznych interwencjach, także u rektora Uniwersytetu Warszawskiego, u marszałka województwa mazowieckiego, pojawiła się informacja o tym, jakie przychodnie oraz jakie szpitale są w Warszawie. Czy to jest informacja, która cokolwiek znaczy? Każdy dzisiaj sam może znaleźć takie przychodnie w Internecie, więc to jest niepotrzebne. Ja mówiłam o tym ministrowi Arłukowiczowi na pierwszym posiedzeniu Komisji Zdrowia, na którym byłam. Do dzisiaj ta sprawa nie została rozwiązana.

Chcę więc powiedzieć, że pani działania – na pewno w dobrej wierze, na pewno bardzo miło jest porozmawiać z pracownikami, bo rzeczywiście pracują tam bardzo miłe osoby, ale są kompletnie nieskuteczne. Dlatego zwracam się z pytaniem do pana ministra zdrowia – jak pan zamierza wdrożyć system, który będzie zapewniał pacjentom pełniejszy dostęp do usług ochrony zdrowia z jednej strony, a z drugiej dawałby panu dokładny ogląd jakości świadczonych usług w ochronie zdrowia? Właśnie w tym zakresie widzę ogromne możliwości, także oszczędności w ochronie zdrowia. Bo, cóż to za leczenie choroby nowotworowej, które jest rozciągnięte na miesiące? Jaki to ma skutek, jeśli rzeczywiście to jest zagrożenie? A tak to się odbywa w Warszawie.

Już wielokrotnie na posiedzeniach tej Komisji mówiłam, że minister nie ma żadnej kontroli nad realizacją różnych zadań, między innymi – programu zwalczania chorób nowotworowych. Jeżeli, panie ministrze, dostaję trzecie zaproszenie na te badania a jestem pacjentką w jednym określonym miejscu, a to trzecie zaproszenie przychodzi z Gdyni, to pytam pana, kto tym zarządza. Jaki pan ma nadzór nad wydawaniem tych pieniędzy? To jest niezwykle interesujące. Jeśli pan teraz nie może odpowiedzieć, to proszę o odpowiedź na piśmie, ale taki próśb o odpowiedź na piśmie jest w protokołach powyżej dziesięciu. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pan przewodniczący Latos. Prosiłbym, żebyśmy odnosili się do Sprawozdania, a nie do całości problemów w ochronie zdrowia, bo nie damy rady. To jest jasne. I pewnie pan minister będzie mieć kłopot z odpowiedzią, bo to są bardzo poważne problemy, ale jednak wymagające innych materiałów. Proszę bardzo, pan przewodniczący Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Pani rzecznik! Mam pytanie związane ze Sprawozdaniem. Pani też wspominała o postępowaniu niejako z urzędu. Pani poseł prof. Hrynkiewicz absolutnie ma rację – trudno samemu siebie kontrolować. Oprócz wszystkich innych zarzutów, które były przedstawione, większa niezależność Rzecznika czy w ogóle niezależność, byłaby z pewnością wskazana. Natomiast chciałbym zapytać, na ile – w ważnych społecznie sprawach – pani podejmowała działania z urzędu. Do niedawna wielokrotnie powracał temat insulin długodziałających, o które środowisko osób chorych na cukrzycę walczyło przez wiele lat. Oczywiście jest pewien przełom w tej sprawie, ale pytam – czy pani z urzędu tą sprawą się zajmowała? Media mówiły o tym bardzo szeroko i bardzo dużo i nie było takiej sytuacji, żeby ktoś musiał w tej sprawie interweniować. Czy dotyczyło to innych spraw? Będziemy dzisiaj mówić o łuszczycy i o innych chorobach dermatologicznych. Czy pani podejmowała temat, że nie jest to choroba wpisana na listę chorób przewlekłych, czy go pani nie podejmowała? Wszyscy z nas wiedzą, a przynajmniej lekarze, że jest to choroba przewlekła, natomiast nie jest w ten sposób traktowana przez ustawodawcę, z krzywdą dla pacjentów. To niewątpliwie narusza prawa pacjenta. Czy pani tą sprawą się zajmowała, czy nie? Czy pani zajmowała się dostępnością do terapii biologicznej – *à propos* tego, o czym zaraz będziemy mówić – czy nie? To wszystko również dotyczy praw pacjenta.

Wreszcie chodzi mi o to… Proszę podać przykład funkcjonowania w sprawach, nie tych dużych, wymienionych w tym Sprawozdaniu, ale w sprawach jednostkowych. Czy jest możliwość pani interwencji w sprawach pojedynczych, jednostkowych, czy tym mają się zajmować rzecznicy praw pacjenta przy oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia czy w izbach lekarskich? Czy państwo takimi jednostkowymi sprawami też się zajmują od początku do końca, bez przekazywania w dół?

I ostatnia sprawa. Czy jest pani znany problem z ostatnich tygodni, dotyczący pacjentów psychiatrycznych? Część Sprawozdania pani tym pacjentom poświęciła. Otóż, wskutek bodajże rozporządzenia ministra są pewne normy czasowe, które lekarz psychiatra musi przeznaczyć na poszczególnego pacjenta. W zależności od tego, czy jest to wizyta pierwsza czy kontrolna, są pewne normy czasowe. To oczywiście skutkuje bardzo ścisłym rozliczaniem tych norm czasowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i natychmiastowym wydłużeniem o kilka miesięcy kolejki. Jeżeli lekarz z jakichś powodów, chociażby czysto etycznych, przyjmie dodatkowych pacjentów, bo jest kontrola, trzeba choćby spojrzeć na pacjenta ze schizofrenią i podjąć decyzję, czy trzeba zmienić leki czy wypisać lek, ponieważ NFZ ściśle rozlicza czas – prosta matematyka, wiadomo, ilu pacjentów można przyjąć – okazuje się, że lekarz psychiatra przyjmuje ich za darmo, właściwie nielegalnie, nie rozliczając ich. Tak to w praktyce wygląda. Czy ten temat jest pani znany? Czy tą sprawą chce się pani zająć, żeby poszukać jakiegoś rozwiązania? Bo, o ile lekarz powinien mieć wystarczająco dużo czasu dla każdego pacjenta, o tyle, z jednej strony, musimy uwzględnić sytuację na rynku związaną ze zbyt małą liczbą lekarzy, a z drugiej strony, zaufać doświadczeniu lekarza, który przy kolejnej wizycie kontrolnej być może potrzebuje tego czasu mniej. A ponieważ nie można tego pacjenta rozliczyć, nie można go, przynajmniej teoretycznie, zgodnie z rozporządzeniem, przyjąć. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Orzechowski, proszę.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, pani rzecznik! Każdy z nas, parlamentarzystów, ale też pewnie każdy z nas, obecnych na sali, jest rozliczany ze swojej efektywności. Ja przejrzałem to Sprawozdanie bardzo dokładnie. Pewnie na tej sali padnie wiele słów z jednej strony chwalących panią rzecznik, a z drugie strony – wytykających różne niedociągnięcia czy opieszałości. Chciałbym zapytać – co w ciągu tego roku udało się zrealizować, kolokwialnie mówiąc, załatwić? Proszę podać pięć spraw, które, zdaniem pani rzecznik, udało się dopiąć w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy. I drugą, taką enumeratywną, listę pięciu spraw najważniejszych dla pani rzecznik, do realizacji w ciągu dwunastu miesięcy, żebyśmy spotykając się tu z panią za rok – a wierzę, że tak będzie – mogli zorientować się, w którym miejscu jesteśmy. Krótko – pięć spraw, które udało się w tym roku, poza setkami różnych spotkań, różnych interpelacji, spotkań z przedstawicielami ministerstw, wywalczyć dla pacjentów. Jeślibym mógł uzyskać taką informację, byłoby to mi bardzo pomocne w ocenie tego Sprawozdania. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę, pan poseł Hoc, a później pan poseł Miller.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, pani minister, Wysoka Komisjo! Oczywiście, moglibyśmy długo dyskutować. Wiadomo, że informacja jest obszerna i – szczerze mówiąc – dość dokładna, powiedziałbym nawet, że w niektórych przypadkach bardzo dokładna, chociaż prosiłbym, żeby innym razem wykresy kołowe, które są na str. 12 i 13, były bardziej czytelne – chociaż podejrzewam, że w „iPadach" były one dobrze zilustrowane. Ta treść była źle podana, ale to na marginesie.

Wracając do sprawy, nawiążę do słów pani profesor Hrynkiewicz. Powołanie Rzecznika Praw Pacjenta było początkowo postulowane przez Stowarzyszenie Pacjentów Primum Non Nocere. Pan prezes Sandauer rozpoczął kampanię na rzecz powołania Rzecznika Praw Pacjenta, ale z jednym warunkiem i to podstawowym, żeby Rzecznik podlegał pod parlament. To był najważniejszy argument. Niestety, tak się nie stało. Tymczasem,

jeśli chodzi o Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, na str. 74 podany jest jeden warunek z trzech – nie może być zależny od dyrektora szpitala. Proszę zwrócić na to uwagę, bo to jest bardzo ważne. W małych, regionalnych strukturach rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego nie może podlegać dyrektorowi, natomiast Rzecznik Praw Pacjenta – jak się okazuje – może bezpośrednio podlegać ministrowi czy panu premierowi, bo to premier powołuje rzecznika praw pacjenta. Proszę zwrócić uwagę na to, jaka to jest niekonsekwencja logicznie i prawniczo nieuzasadniona. To jest kolejny głos do tej dyskusji. Nie wiem, czy Komisja Zdrowia nie powinna wyjść z propozycją dezyderatu czy nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i bezpośrednim podporządkowaniu go i powołaniu przez parlament, a nie – przez premiera, na wniosek ministra zdrowia. Myślę, że to jest bardzo ważna sprawa.

Druga sprawa – na str. 18 i 19, jak mówiłem, dokładnie są opisywane również bardzo drastyczne przypadki. Chociażby na str. 18 – „małoletnia pacjentka (lat 10) podczas pierwszorazowej hospitalizacji w Oddziale Psychiatrii Dziecięcej doznała fizycznych obrażeń, takich jak: pourazowa rana na udzie liczne stłuczenia i siniaki na ciele ograniczające sprawność ruchową w wyniku przemocy fizycznej (w tym molestowanie seksualne) przez innych pacjentów…” itd., itd.

I tak, jak mówił pan przewodniczący Orzechowski, chcielibyśmy się dowiedzieć, jakie są konkretne efekty. Bo jeśli w Sprawozdaniu jest informacja, że w 2011 r. wszczęto 839 postępowań wyjaśniających, w tym 69 wszczętych z własnej inicjatywy Rzecznika – i to jest dobra informacja, jak mi się wydaje – w związku z informacjami pochodzącymi ze środków masowego przekazu, zgłoszeń przekazywanych za pośrednictwem ogólnopolskiej bezpłatnej infolinii. To jest dobra wiadomość – nie wiem, czy zakres i skala… Chcielibyśmy jednak dowiedzieć się, jaki był tego efekt, kto został skazany, bo jeśli tak drastyczne sytuacje miały miejsce, to muszą też być konsekwencje prawne i karne. Chcielibyśmy więc dowiedzieć się, czy pani minister ma taki wykaz, czy mogłaby się „pochwalić”, czy tych ludzi spotkała kara. Obojętne, czy tak zachowują się pacjenci, lekarze, personel medyczny czy ktoś z otoczenia.

Jeszcze jedno pytanie – nawiązuję do wypowiedzi pana przewodniczącego Latosa. Czy pani w kwestiach ogólnych, ale bardzo zasadniczych, podejmowała interwencje? Chodzi o to, że my, jako posłowie, jesteśmy alarmowani, otrzymujemy wiele pism, odezw, wniosków i apeli o to leczenie biologiczne. Pani wie, że przypadku RZS, zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, astmy, łuszczycy, atopowego zapalenia skóry, czy takich chorób jak Leśniowskiego-Crohna czy wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, w pewnych momentach chodzi o leczenie biologiczne. To leczenie biologiczne jest niewystarczające. Kryteria wejścia do programu, na przykład w chorobie Leśniowskiego-Crohna, są barbarzyńskie. Pani wie, że trzeba po prostu umierać, żeby zostać zakwalifikowanym do leczenia biologicznego. To jest pierwsze pytanie.

Drugie pytanie. Czy próbowała pani zainterweniować w sprawie skrócenia czasu oczekiwania na nowoczesne leczenie chorób nowotworowych, od momentu rozpoznania histopatologicznego do momentu włączenia nowoczesnej terapii? W Polsce trwa to co najmniej kilka miesięcy. To jest horror, dramat dla tych pacjentów, że wiedząc o tym, że mają rozpoznanego raka, nie mają włączonego nowoczesnego leczenia. A wiemy, że w innych krajach jest to oczekiwanie kilkudniowe, a co najwyżej kilkutygodniowe. To jest bardzo poważna sprawa.

I jeszcze jedno, króciutkie pytanie. Od 1 stycznia 2012 r. działają wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Czy pani pokusiłaby się o podsumowanie, bo trwa to już pół roku, ile takie komisje wydały orzeczeń, czy są one satysfakcjonujące dla pacjentów, czy pacjenci korzystają z tej nowej ustawy, bo jako opozycja – zresztą ja osobiście też – wielokrotnie zgłaszaliśmy wiele zastrzeżeń, bo efektem wielu kontrowersyjnych rozwiązań jest to, że prawdopodobnie pacjent będzie tracić, bo żeby dostać zadośćuczynienie albo odszkodowanie będzie musiał ciężko popracować? Zresztą kwoty są z góry ustalone. Oczywiście, ubezpieczyciel będzie proponować najniższą możliwą kwotę, na pewno niesatysfakcjonującą pacjenta, który doznał uszczerbku na zdrowiu, natomiast możliwość jego dalszej walki jest praktycznie żadna. Jeśli zawalczy w sądzie, to będzie musiał płacić za ekspertyzę, a jeśli nie zawalczy, to pozbawia się dalszych rosz-

czeń sądowych. To dla mnie jest niezrozumiałe i bardzo niekorzystne dla pacjenta. Może jednak pani informacje uspokoją nas. Powie nam pani, ile było spraw, że, na przykład, w porównaniu z poprzednimi latami o wiele więcej, i pacjenci są usatysfakcjonowani lub niezgłaszaną wielkich roszczeń i pretensji do tego rodzaju załatwiania spraw. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pan poseł Miller, a później pani posłanka. Proszę bardzo.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Pani minister, panie ministrze, szanowni państwo! Właściwie pan poseł mnie ubiegł. Interesuje mnie sprawa, czy ktoś monitoruje ilość zdarzeń medycznych. Ile tych zdarzeń było? Jak one się zakończyły? Interesuje mnie to również w kwestii przyszłości szpitali. Od 2014 r. będą ubezpieczenia obowiązkowe. Firmy ubezpieczeniowe określiły te stawki bardzo wysoko. Ilość tych zdarzeń powinna mieć wpływ na wysokość stawek, które będą ustanawiane dla szpitali od 2014 r. W związku tym, jestem zdania, że ścisłe monitorowanie liczby tych zdarzeń będzie mieć duże znaczenie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pani posłanka Kłosin, a później pan poseł Czechyra.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję, panie przewodniczący. Mam pytanie do pani rzecznik. W zestawieniu dotyczącym skarg zgłaszanych za pośrednictwem infolinii zdecydowana większość skarg, bo aż 73%, to jest 16.640, dotyczyła – jak należy się tego spodziewać – ograniczenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Pani rzecznik! W ilu przypadkach podjęto konkretne działania interwencyjne, na skutek tych skarg składanych za pośrednictwem infolinii? W ilu przypadkach stwierdzono rzeczywiste ograniczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie poszczególnych województw, a nawet powiatów? Jakiego rodzaju były to ograniczenia i jakich świadczeń dotyczyły? Jakiego rodzaju były skargi pacjentów i czy znalazły one potwierdzenie w wyniku interwencji podjętych przez biuro Rzecznika? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Czechyra i pani posłanka Szczypińska.

Poseł Czesław Czechyra (PO):

Dziękuję. Panie przewodniczący, pani rzecznik, panie ministrze, szanowni państwo! Pani rzecznik wspomniała, że rośnie świadomość pacjentów odnośnie do ich praw. Rozumiem, że jest to również działalność Rzecznika Praw Pacjenta – i za to dziękuję, ale mam w związku z tym pytanie. Czy na podstawie doświadczeń ostatnich dwóch lat działalności Rzecznika Praw Pacjenta obserwuje się również zjawisko poprawy jakości udzielanych świadczeń przez placówki – chodzi mi głównie o placówki opieki psychiatrycznej?

Drugie pytanie dotyczy Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Pani rzecznik wspomniała, że w czternastu województwach jest rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. W związku z tym, mam pytanie – które województwa nie mają rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego i z czego to wynika? Czy jest to związane z tym, że w tych województwach nie ma placówek opieki psychiatrycznej, czy nie ma osób, które mają odpowiednie kwalifikacje, czy są jakieś inne tego przyczyny? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pani poseł.

Poseł Jolanta Szczypińska (PiS):

Dziękuję bardzo. Chciałabym dopytać panią rzecznik – jakie były kryteria wyboru placówek psychiatrycznych, które zostały wytypowane do kontroli? Jak widzę, przeważają tu placówki warszawskie i mazowieckie. Jakie były kryteria? Czy dobór był losowy? Czym państwo się kierowali? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś chciałby zabrać głos? Proszę uprzejmie, pan minister.

Doradca w Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Maciej Piróg:

Dziękuję bardzo. Pani rzecznik, panie przewodniczący, szanowni państwo! Bardzo dziękuję za możliwość wysłuchania Sprawozdania Rzecznika Praw Pacjenta. Prawa pacjenta są zdecydowanie obszarem zainteresowania pana prezydenta – stąd moja tu obecność dzisiaj.

Miałbym pytanie. Wiem, że to jest trudne i że w takim sprawozdaniu trudno takiej oceny dokonać. Miarą poprawy i pogorszenia nie jest liczba skarg. Można by powiedzieć – dobrze, rośnie świadomość, jak ktoś z państwa mówił, nie ma już takiego strachu przed zgłaszaniem takich spraw. Myślę, że liczba skarg jest także pośrednio wynikiem dobrej działalności Rzecznika. Jeżeli jest odpowiedź, to często jest więcej pytań.

Natomiast brakuje mi w tym Sprawozdaniu oceny czy porównania z latami poprzednimi czy innymi krajami, żeby powiedzieć jednym zdaniem – wiem, że to jest trudne – czy jest lepiej czy gorzej, są obszary, w których jest lepiej lub gorzej. Jak coś trudno wymiernego porównać z czymś, co jest dynamiczne w czasie, co dotyczy roku 2011, a za chwilę będziemy mieć rok następny?

Po drugie, uwaga… Myślę, że sprawa jest dyskusyjna, bo państwo posłowie bardzo mocno podnosili sprawę podległości Rzecznika. To jest przykre, bo jest to właściwie poddanie w wątpliwość wiarygodności państwa. Rzecznik podległy jest rządowi. Myślę, że wielkimi postulatami i spełnionymi w tej ustawie, jest to, co podnosiły organizacje pacjenckie, żeby przede wszystkim odłączyć Rzecznika od zależności od świadczeniodawców, a przede wszystkim od lekarzy. I to się stało. Mowa była także o tym, ażeby nie czynił tego płatnik. I to się stało. Jest to także powyżej czy obok Ministra Zdrowia. W związku z tym, myślę, że jest to umocowanie bardzo mocne, a że w dalszym ciągu we własnej sprawie… Państwo także zabiera głos we własnej sprawie. Sądzę więc, że to jest sprawa dyskusyjna, ale nie do końca jednoznaczna.

Prosiłbym panią rzecznik o próbę powiedzenia, jak jest w zakresie pani działalności i funkcjonowania ustawy w roku 2011, w porównaniu z czasami poprzednimi i, ewentualnie, jakie są obszary, w których przede wszystkim należałoby zwrócić uwagę na to, żeby rzecz poprawić. Natomiast olbrzymia większość skarg, tych, które są i tych, które mogłyby być, nie zależy najprawdopodobniej tylko od organizacji systemu ochrony zdrowia, ale i od podejścia pracowników medycznych do pacjenta, od ich stosunku do pacjenta. Nawet nie od ich umiejętności, tylko od ich etyki i podejścia. To nie wszystko się da uregulować, i nie wszystko może być uregulowane rozwiązaniami prawnymi i systemowymi w ochronie zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie.

Ekspert Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej Robert Mołdach:

Robert Mołdach – Pracodawcy RP. Panie przewodniczący, pani rzecznik, szanowni państwo! Ja też mam prośbę do pani rzecznik o odpowiedź na takie pytanie ocenne, dotyczące bezpieczeństwa pacjentów. Jak, w pani opinii, są w Polsce realizowane zalecenia Rady w sprawie bezpieczeństwa pacjentów z 2009 r.? Jako zalecenia, to oczywiście nie jest dokument bezwzględnie obowiązujący w Polsce, ale jest on niezmiernie wartościowy z perspektywy bezpieczeństwa pacjentów, zdarzeń medycznych i tego, o czym dzisiaj rozmawiam. Pytam dlatego, że według ostatniego raportu europejskiej organizacji kontrolującej zakażenia pacjentów Polska w takim szczególnym przypadku dotyczącym zakażenia miejsca operowanego po protezoplastyce stawu biodrowego zajmuje pierwsze miejsce w Europie, to znaczy, ma najmniej zakażeń szpitalnych – ma wielokrotnie mniej zakażeń szpitalnych niż każdy inny kraj. Te dane wydają mi się mało wiarygodne, a tła tego upatruję w standardach mierzenia zakażeń, w kontroli nad tym, jak śledzimy zdrowie pacjenta, nie tylko w szpitalu, ale i po wyjściu ze szpitala itd. Stąd to pytanie, z prośbą o wyjaśnienie, jak – w pani ocenie – Polska wdrożyła, skądinąd nieobowiązkowe, ale bardzo ważne rekomendacje zaleceń Rady w sprawie bezpieczeństwa pacjentów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Sądzę, że czas na udzielenie odpowiedzi przez panią rzecznik.

Ja nie podzielam takiego entuzjazmu pana ministra Piroga do akurat tego Sprawozdania i funkcji Rzecznika Praw Pacjenta w Polsce, ponieważ mam nieodparte wrażenie, że gdy mamy problem pedofilii to mamy ustawę kastrującą pedofilów; gdy mamy problem dopalaczy to mamy ustawę de regulującą dopalacze a gdy mamy problem hazardu, to mamy ustawę, mamy niezadowolonych pacjentów – mamy ustawę, mamy jeden problem Alicji Tysiąc to znowu mamy ustawę. I to jest jedna rzecz.

Powołaliśmy Rzecznika ustawą – miała spacyfikować niezadowolenie w polskiej służbie zdrowia, czyli dać organ odwoławczy, który dziwnym trafem znalazł się w gestii rządu. Zatem to rząd sam jest sędzią we własnej sprawie.

Mam dwa główne pytania. Pani rzecznik – ma pani budżet około 6 mln zł. Za te 6 mln zł zaprezentowała nam pani 165 stronicowy dokument. To dobrze. W tym dokumencie – przeczytałem go wnikliwe – jedna strona jest zdublowana, bo jak państwo zobaczą, w całym dokumencie str. 99 występuje dwa razy. Jest zdublowana nie przez przypadek, bo tam są wnioski. Jeśli państwo chcą poznać te wnioski, to proszę przeczytać – są to dokładnie dwa zdania. Jeżeli więc z tego Sprawozdania wynikają dwa te same, zdublowane, dwuzdaniowe wnioski, to mam pytanie – jaki jest sens tego typu dokumentu? Stało się coś, czego należało się spodziewać – świadomość polskich pacjentów rośnie, bo liczba skarg, zarówno pisemnych (ponad 30% wzrostu w stosunku do 2010 r.) jak i telefonicznych, jest o 90% większa. Liczba reakcji nadal jest taka sama, czyli na poziomie błędu statystycznego. I oczywiście jest pytanie – ile tych spraw zostało załatwionych, i jak?

Już w związku z poprzednim Sprawozdaniem, rok temu, mówiliśmy, ile było wniosków do prokuratur itd. Okazuje się, że w tej materii nic się nie zmieniło. W zasadzie jest dobrze.

Mamy taką bardzo ważną sprawę, jak – na przykład – inicjatywy ustawodawcze. Są gdzieś wypisane, ale nie słyszałem, żeby Rzecznik nagłaśniał, że jest jakiś problem. To znaczy, że prawa pacjenta w Polsce są przestrzegane. A jeżeli nie są przestrzegane, to mówi się tylko o kontrolach w szpitalach psychiatrycznych. A reszta służby zdrowia? To co, jest cacy? Przecież nie ma ani jednej interwencji w reszcie służby zdrowia, tylko w szpitalach psychiatrycznych. Zresztą takie wnioski, po tych doniesieniach w mediach, są takie sobie. Tym, że tu pacjent zmarł, a tam czegoś nie załatwiono, Rzecznik się nie zajmuje.

Natomiast muszę powiedzieć, że jestem zaskoczony, ponieważ ta ustawa stworzyła również komisje odwoławcze. A pamiętają państwo słynny proces Alicji Tysiąc – imię i nazwisko mogę podać, bo to jest osoba publiczna – Europejski Trybunał Sprawiedliwości. Stworzyliśmy tak zwane komisje odwoławcze. Taka komisja odwoławcza była przy Ministrze Zdrowia i, jeśli ktoś się nie zgadzał z opinią, orzeczeniem czy diagnozą, do tej komisji się zgłaszał. Wykonaliśmy ogromny wysiłek organizacyjny i… Proszę państwa, proszę spojrzeć na str. 26 tego Sprawozdania – dowiedzą się państwo, że ta komisja przez rok niczym się nie zajmowała, bo Rzecznik oddalił 16 wniosków z powodu niespełniania kryteriów. Stworzyliśmy instytucję, która jest niepotrzebna. Obawiam się, że podobna będzie sytuacja z instytucją tak zwanego zadośćuczynienia za zdarzenia medyczne.

W związku z tym, też mam pytanie do pani rzecznik. Czy pani w zeszłym roku, nie w tym, spotykała się po uchwaleniu ustawy z wojewodami i przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia w sprawie organizacji komisji orzekających o zdarzeniach medycznych, bo to powinno być pani główne zadanie? W tym Sprawozdaniu nic na ten temat nie ma. Nie wiem, czy pani spotykała się, czy ktoś wie o tym, że takie zdarzenia medyczne będą, czy pacjent o tym się dowiedział. Nie wiem a było to przecież uchwalone w zeszłym roku.

I na zakończenie – doskonałe są strony od 80 do 86, czyli tak zwana autopromocja Rzecznika. Rozumiem, że pani w jakiś sposób musi się promować, pani rzecznik. I bardzo mnie cieszą pewne bardzo ciekawe wykresy. Otóż, na str. 80 mamy informację o relacjach Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z pacjentami. Jak państwo myślą, jakie są wyniki? Bardzo dobre. Czy państwo wiedzą, jaka jest metodologia tworzenia tych wykresów? One zajmują kilka stron. Otóż, ci ludzie, którzy tam pracują, sami się oceniają. Relacja jest ustalona na podstawie subiektywnej oceny Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego – stwierdził, że dobrze się zachowuje. Na następnej stronie czytamy, że nienajlepiej jest z opiekunami, z personelem – personel źle się zachowuje,

ale już z rodzinami dobrze się zachowuje. Dla mnie wpisanie kilku stron samooceny w ramach autopromocji jest co najmniej śmieszne. Nie po to wydaje się 6 mln zł, żeby samemu się oceniać, że wszystko jest cacy, albo, że nie jest.

Wreszcie – załączniki. Jest tu wymienionych pełno różnego rodzaju załączników. Tak, jak powiedziałem – w polskiej ochronie zdrowia jest cacy. Jest dobrze. Można się tylko przyczepić, po pierwsze – do szpitali psychiatrycznych, bo tylko tam były kontrole – innych nie było, i po drugie – że straż pożarna niekoniecznie dopuszcza pomieszczenia pod względem bezpieczeństwa pożarowego. Tym zajmuje się Rzecznik Praw Pacjenta. A ja myślałem, że instytucją odpowiedzialną za bezpieczeństwo pożarowe w Polsce jest straż pożarna, ale widocznie się myliłem. Tak więc, ponieważ wnioski ze str. 99 są porażające, jestem zdania, że to Sprawozdanie powinniśmy po raz kolejny zaopiniować negatywnie. Dziękuję.

Proszę odpowiedzieć na te pytania. Proszę bardzo.

Rzecznik praw pacjenta Krystyna Kozłowska:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Pozwoli pan, że zacznę od końca, czyli od pana pytań.

Jeśli chodzi o komisje wojewódzkie, w momencie, kiedy weszła w życie nowelizacja, oczywiście spotykałam się z wojewodami, między innymi u ministra spraw wewnętrznych, dwukrotnie organizowałam u siebie w biurze spotkania szkoleniowe, ponadto przygotowałam materiały dla moich przedstawicieli, którzy uczestniczyli w tym szkoleniu. W szkoleniu uczestniczyli również przedstawiciele Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia. Dbałam o to, żeby byli jak najlepiej przygotowani. Stworzyłam platformę porozumienia, że w momencie kiedy mają jakiekolwiek problem, zawsze mogą się do nas zwracać. To pierwsza rzecz.

Druga rzecz. Jeśli chodzi o budżet, to w roku 2011 było to 6 mln zł, panie przewodniczący. Wydaje mi się, że spożytkowane zostały one z korzyścią, przede wszystkim dla pacjentów. Proszę pamiętać, że te 36.000 spraw, które trafiły do Biura, to nie tylko skargi i postępowania wyjaśniające, ale też zapytania prawne, w jaki sposób poruszać się w systemie ochrony zdrowia, niepokoje pacjentów w momencie, kiedy otrzymują informacje, jak powinni działać, to są też wnioski dotyczące inicjatyw, jakie powinien podjąć Rzecznik.

Jeśli chodzi o pytanie dotyczące możliwości rozpatrzenia sprzeciwu pacjenta przez Komisję Lekarską działającą przy Rzeczniku Praw Pacjenta, odpowiadam, że ta Komisja jest gotowa o tyle, że co roku jest aktualizowana lista lekarzy, którzy w każdej chwili mogą być powołani do działania przy konkretnej sprawie. Ustawa jasno precyzuje kryteria, jakie powinien spełnić taki wniosek. Na to, że akurat trafiają tego typu sprawy, które nie spełniają kryteriów, nie mam wielkiego wpływu. Próbowałam dotrzeć poprzez akcję informacyjną. Również na naszej stronie jest czytelna informacja mówiąca o tym, jakiego typu sprawy mogą stanąć przez Komisją do spraw sprzeciwów działająca przy Rzeczniku.

Kolejne pytanie. Pan poseł Orzechowski pytał, co w 2011 r. udało się zrealizować, dopiąć – prosił o podanie pięciu spraw i pięciu spraw najważniejszych na rok 2012.

W roku 2011, przede wszystkim miałam swój ogromny udział w tym, że Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego wreszcie zaczął funkcjonować. Uważam, że to jest ogromny sukces, bo dość długo trwały prace nad tym programem. Druga sprawa, to pompy insulinowe dostępne nie tylko do 18 roku życia, ale – jak państwo wiedzą – do 26 roku życia. Kolejna sprawa, to obniżenie wieku dzieci, żeby przy stwardnieniu rozsianym mogły być leczone lekiem, który jest rzeczywiście skuteczny.

Trudno tak z pamięci powiedzieć, co się działo… Proszę pamiętać o jednym, że kiedy trafia do mnie skarga pacjenta, czy jakakolwiek informacja od pacjenta, to nie tylko podejmuję działania, czyli – na przykład – postępowanie wyjaśniające, ale też wyciągam wnioski, analizuję obszary i występuję do konkretnego organu lub konkretnej instytucji o to, żeby w tym zakresie coś zmienić. To jest moje zadanie, i proszę mi wierzyć, że ja je realizuję. Dzięki temu, naprawdę spotykam się z informacjami od pacjentów, że z czymś jest lepiej.

Ktoś z państwa spytał mnie o insulinę. Oczywiście, byłam zaniepokojona pod koniec 2011, że zabrakło insulin. Interweniowałam w Ministerstwie Zdrowia wielokrotnie i, jak

państwo wiedzą, insuliny długodziałające są już dostępne. Na cenę nie mam wpływu, chyba państwo zdają sobie z tego sprawę.

Może jeszcze o sukcesach. Krytykują państwo to, że wystąpiłam do komendanta straży pożarnej, do głównego inspektora nadzoru budowlanego i do głównego inspektora sanitarnego. Proszę mi wierzyć, że j nie robiłam tego „spod małego palca", tylko były zgłoszenia. Były sytuacje, że gzymsy spadały pacjentom na głowy. Ja w takiej sytuacji powinnam przede wszystkim reagować, bo jeżeli dyrektor czy organ założycielski nie dba o bezpieczeństwo pacjentów, to ja jestem od tego, żeby o to bezpieczeństwo zadbać. I dzięki tym kontrolom stworzyliśmy listę placówek, które przede wszystkim wymagają wzmożonej opieki. W niektórych przypadkach na świadczeniodawców były nawet nałożone kary po to, żeby zadbali i żeby bezpieczeństwo pacjentów było zapewnione. Bo może państwo nie wiedzą o tym, że okna same wypadały, że klatki schodowe były niezabezpieczone. Wydaje mi się, że pochylenie się akurat nad tym problemem jak najbardziej mieściło się w zadaniach Rzecznika.

Jeśli chodzi o kontrole, mówili państwo, że przeprowadzałam tylko kontrole w zakresie psychiatrii. Nie jest tak, że te kontrole dotyczą tylko lecznictwa psychiatrycznego. One też dotyczą lecznictwa ogólnego. To wszystko zależy przede wszystkim od sygnałów, jakie wpływają do Rzecznika, bo właśnie niepokojące sygnały były powodem kontroli w szpitalach psychiatrycznych. W momencie, gdy otrzymuję informację od rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, który jest moim pracownikiem, że on zgłasza problem dyrektorowi, a dyrektor nie reaguje, to jest właśnie podstawa do tego, żeby przeprowadzić kontrolę. I w czternastu z tych dwudziestu dwóch kontroli stwierdzono ewidentne łamanie praw pacjenta. Gdyby nie moi Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, to dramatyczne sytuacje, do których często dochodzi w tych placówkach, w ogóle nie ujrzałyby światła dziennego. Państwo nie wiedzą o tym, że zdarzają się zgony, samopodpalenia. To są właśnie sytuacje, których efektem jest kontrola u danego świadczeniodawcy, żeby zadbać o bezpieczeństwo pacjenta.

Podobnie było wystąpienie z mojej strony, jeśli chodzi o stosowanie przymusu bezpośredniego, dlatego, że jest on często nadużywany. Myślę, że w mediach dość często poruszano ten temat. A to, że jest to w tej chwili uregulowane, to przede wszystkim dla dobra pacjentów, że nie będą bezprawnie unieruchamiani, dlatego, że są niegrzeczni albo, żeby był spokój na oddziale. Proszę mi wierzyć, że takie sytuacje mają miejsce.

Poza tym, jeśli chodzi o przymus bezpośredni, był ogromny problem w szpitalach ogólnych – co zrobić w momencie, kiedy trafia pacjent zaburzony, czy pacjent, który chciał odebrać sobie życie i nie pozwala sobie pomóc? Co zrobić z takim pacjentem? W związku z tym tego typu uregulowanie było potrzebne. Dlatego o nie wystąpiłam i w tej chwili ono funkcjonuje.

Jeśli chodzi o wyzwania i plany na 2012 r., niebawem będzie koniec tego roku, przede wszystkim nastawiłam się na działania kontrolne. To jest badanie spraw na miejscu – dokładnie tak jest to określone w mojej ustawie – dlatego, że pacjenci, a także media zarzucają często, że w momencie, kiedy otrzymują odpowiedź od dyrektora placówki, że nic się nie dzieje, to na pewno jest to niezgodne z prawdą. Muszę więc mieć dowód na to, że rzeczywiście to, co jest w odpowiedzi dyrektora, jest zgodne z prawdą. Skupiłam się przede wszystkim na zakładach opiekuńczo-leczniczych, tak zwanych ZOL-ach, bo jak państwo wiedzą, to jest akurat ta działka, o której trochę zapomniano, a szczególnie o ZOL-ach dla dzieci i młodzieży. Między innymi, miałam okazję przeprowadzać kontrolę w Bacikach. Nie wiem, czy państwo pamiętają tę sprawę. O ile wiem, w tej chwili Baciki zostały dofinansowane przez organ założycielski i zmieniły się warunki pobytu dzieci, które przede wszystkim nie będą spędzać wakacji w pomieszczeniach, gdzie nie mogą normalnie funkcjonować, bo odpowiednie pomieszczenia udostępniono na kolonie letnie dla dzieci zdrowych. Wydało mi się to nieludzkie i nieetyczne.

Pytania pana posła Latosa. „Na ile podejmowała pani działania z urzędu?" Jeśli chodzi o insuliny, panie pośle, już udzieliłam odpowiedzi. Pan poseł wyszedł, ale wydaje mi się, że państwo na pewno są zainteresowani. Jak powiedziałam, w sytuacji, kiedy przychodzi niepokojący sygnał od pacjenta, zawsze wtedy oprócz załatwienia jego sprawy i działań podejmowanych w jego konkretnej sprawie, występuję albo do konsultanta kra-

jowego, bo jest mi potrzebna opinia, występuję do konsultanta wojewódzkiego o sprawdzenie, występuję do ministra zdrowia z zapytaniem, czy tę sytuację można zmienić. Nie jest tak, że te sytuacje w jakikolwiek sposób umykają. Jeśli chodzi o programy, jest podobnie – zwracają się do mnie zarówno organizacje pacjentów, jak i sami pacjenci. A jeśli chodzi o onkologię, proszę mi wierzyć, że sygnałów o długim oczekiwaniu albo o niedostępności do terapii jest bardzo mało. Proszę mi wierzyć, to są pojedyncze sygnały. Zawsze wtedy kontaktuję się bezpośrednio ze świadczeniodawcą, żeby poinformował mnie, jak to wygląda, dlaczego ten pacjent czeka, na przykład, pół roku na świadczenie, które powinien otrzymać wcześniej. Proszę pamiętać o tym, że wdrażając terapię nie możemy sobie pozwolić na to, na przykład, żeby ta terapia była miesiąc po miesiącu. Przede wszystkim powinny być spełnione parametry życiowe, dlatego, że podając kolejną terapię osłabionemu pacjentowi możemy mu po prostu wyrządzić krzywdę. Ja spotykam się z czymś innym – pacjent często nie otrzymuje od lekarza informacji najtrudniejszych: „nie mogę panu podać terapii, dlatego, że będzie ona gwoździem do pana trumny”. Tej informacji pacjenci nie otrzymują. Dlatego często postulowałam, żeby studentów medycyny przygotować do rozmów trudnych, bo trzeba być nie tylko dobrym fachowcem, dobrym lekarzem, ale i umieć rozmawiać z drugim człowiekiem. Empatię, którą mamy w sobie, też można wytrenować.

Kolejna sprawa. Czy jest możliwość interwencji w sprawach jednostkowych? Proszę państwa, do mnie wpływają nie tylko sprawy ogólne, ale i od pojedynczych pacjentów, w związku z czym, są to sprawy jednostkowe. Tak, jak powiedziałam, nie traktuję tego jednotorowo. To jest dla mnie obszar poszukiwań, co można zmienić. Wydaje mi się, że takie zadanie jest nałożone na Rzecznika – i to właśnie robię.

Czy jest znany problem norm czasowych przewidzianych na pacjenta w terapii psychiatrycznej? Oczywiście, że jest znany. I powiem szczerze, że dziwi mnie to, co mówi pan poseł, dlatego, że jeśli rozporządzeniu jest napisane, że ten czas nie może być krótszy niż czterdzieści pięć minut w przypadku wizyty diagnostycznej, to według mnie, jest to korzystne dla pacjenta, bo wiem, że pacjent nie wyjdzie po krótszym czasie. A odnośnie do tego, że przez to może być ograniczona dostępność do świadczeń dla innych pacjentów, to proszę mi powiedzieć, co robią pracodawcy. To oni decydują, co się dzieje u nich w placówce. Jeżeli widzą, że mają dużo pacjentów, dużo wizyt, to powinni zatrudnić następnego lekarza. Dzięki temu, że te wizyty mają określony czas, mam pewność, że pacjent nie dostanie recepty w rękę i nie wyjdzie bez rozmowy z lekarzem.

Pan poseł Czechyra – czy na podstawie doświadczeń obserwuję poprawę jakości świadczeń udzielanych przez placówki, głównie psychiatryczne?

Proszę państwa, mam porównanie, ponieważ, jak państwo wiedzą, prawami pacjenta zajmuję się od 2002 r., byłam też inicjatorem tego, żeby funkcje rzeczników praw pacjentów szpitala psychiatrycznego powierzyć właśnie mojemu biuru. To ja tworzyłam sieć tych rzeczników i główne założenia dotyczące sposobu, w jaki oni będą pracować. I proszę mi wierzyć, jest poprawa. Jeszcze niedawno były szpitale, w których były klatki. Czy państwo o tym wiedzą? Takie są realia.

Czy państwo wiedzą o tym, że ci rzecznicy, którzy są zbyt operatywni i zbyt często porozumiewają się z pacjentami, są zaszczuwani przez pracowników danych placówek, ponieważ bardzo pilnują interesów pacjentów? Państwo o tym nie wiedzą, a ja mam to na co dzień. I proszę mi wierzyć – naprawdę następuje poprawa, jeśli chodzi o psychiatrię. Mamy bardzo dużo do zrobienia, przede wszystkim, jeśli chodzi o pieniądze, jakie psychiatria dostaje. To są niewielkie pieniądze. Już wielokrotnie apelowałam o to, żeby zwiększyć te środki. Jednak wierzę w to, że Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego wreszcie ruszy. Pod koniec 2011 r., zaniepokojona tym, że generalnie niewiele o tym słyszymy, występowałam do poszczególnych ministrów odpowiedzialnych za konkretne etapy, bo chciałam się dowiedzieć – mija rok, więc chcemy wiedzieć, co zostało zrobione. Tak więc, nie jest tak, że są to sprawy odłożone *ad acta*, że coś się dzieje, a ja się w to nie angażuję. Mnie też zależy nie tylko na zdrowiu i bezpieczeństwie tych pacjentów, którzy są w szpitalach psychiatrycznych i często nie potrafią się bronić lub boją się coś powiedzieć, tak jak pani poseł mówi.

Ja się z panią poseł zgadzam – strach, że pacjent nie będzie mieć gdzie pójść, to bardzo popularne zjawisko w małych miejscowościach, gdzie jest jedna przychodnia, jeden szpital. Ja o tym wiem. I dopóki coś się nie zmieni w ludziach, będzie trudno. Możemy tworzyć nie wiem jakie zapisy i ustawy, ale – jeśli ludzie nie będą mieć życzliwości dla drugiego człowieka, to my nic nie zrobimy, bo nie jestem w stanie u każdego pracodawcy postawić swojego pracownika, żeby pilnował, jak to wygląda, bo nie będzie mieć możliwość kontrolować 500 pacjentów, bo tylu pacjentom jest udzielane świadczenie. O tym, że jest strach, szczególnie na prowincji, wiem. Dlatego rozmawiajmy z ludźmi, żeby wiedzieli, że przede wszystkim trzeba postawić się w sytuacji tego pacjenta, żeby wiedzieć, jak go traktować. Nie traktujmy innych tak, jakbyśmy nie chcieli, żeby nas traktowano.

Jeśli chodzi o rzeczników praw pacjentów szpitala psychiatrycznego, nie jest to łatwa sprawa. Konkursy odbywają się niemalże co dwa tygodnie. Przekażę państwu, do kogo występowałam przy jednym takim konkursie.

W 2011 r. do konkursów zgłosiło się dwieście dwadzieścia osób. Na dzień 31 grudnia było dwudziestu sześciu rzeczników. Rzeczywiście w dwóch województwach nie było rzeczników – w opolskim i lubelskim. W 2011 r. przeprowadziliśmy trzydzieści trzy nabory. Było dwieście dziewięć ofert, a zatrudniliśmy sześć osób, proszę państwa. W ustawie są jasno określone kryteria, jakie mają spełnić rzecznicy. Proszę mi wierzyć, że nie mogę przyjąć kogoś, kto nie wzbudza mojego zaufania, kto nie jest przygotowany merytorycznie i nie potrafi odpowiedzieć na pytanie, co zrobi, kiedy łamane jest konkretne prawo, bo jest to pracownik samodzielny i ja muszę mieć do niego zaufanie, że rzeczywiście będzie dbać o interesy tych pacjentów.

Na przykład, w przypadku ostatniego konkursu, ogłoszenia były podane w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie KPRM, na stronie Biura Rzecznika Praw Pacjenta, w „Gazecie Wyborczej", w pomorskim, lubelskim i opolskim – bo to akurat były te województwa, w których chciałam zadbać o to, żeby tam funkcjonowali rzecznicy. Ponadto ogłoszenia trafiły do dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich, do Polskiego Towarzystwa… Było pytanie, więc odpowiadam, przeprasza, bardzo… Słucham? Dlatego, że bardzo dużo osób czyta dział „Praca". Przede wszystkim sprawdzałam, ile…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Pani rzecznik! Proszę nie dyskutować z osobami z sali, tylko odpowiadać na pytania, bo nie skończymy dzisiaj rozpatrywać tego Sprawozdania.

Rzecznik praw pacjenta Krystyna Kozłowska:

Dobrze. Wystąpiłam też do powiatowych urzędów pracy w Opolu, Starogardzie Gdańskim, Łukowie, Sokółce, Radzyniu Podlaskim, czyli tam, gdzie chciałam zatrudnić rzeczników. Ponadto zostały zamieszczone ogłoszenia w prasie lokalnej, właśnie na tym terenie, gdzie tych rzeczników jest za mało.

Zgłosiło się dwadzieścia dziewięć osób, kryteria spełniło dziewięć, a wyłoniono jedną osobę, proszę państwa. Tak wygląda sytuacja. Ja nie mogę wysłać osób, do których nie będę mieć zaufania, na samodzielne stanowisko. I nie jest też tak, że oni później działają bez mojego nadzoru. Oni mają obowiązek o każdej sprawie informować. Każde pismo do dyrektora jest najpierw sprawdzane przeze mnie, a dopiero potem jest do niego kierowane. A w momencie, kiedy sygnały są bardzo niepokojące, widać brak porozumienia dyrektora z Rzecznikiem…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Pani rzecznik, bardzo przepraszam. Rozumiem, że pani omawia kwestię zaufania – kto powinien mieć pani zaufanie, żeby zostać zatrudnionym, ale nam nie o to chodzi. Nam chodzi o to, żeby pani odniosła się do Sprawozdania. Dobrym pomysłem było to, żeby pani wymieniał pięć sukcesów i pięć porażek, czy nawet trzyu. Nie udało się to, więc dajmy spokój. Natomiast to, że ktoś spośród dziewięciu osób ma zaufanie nie może być rozpatrywane przez Komisję.

Proszę bardzo, jeśli jeszcze jest coś do powiedzenia i będziemy przystępować do rekapitulacji.

Rzecznik praw pacjenta Krystyna Kozłowska:

Dobrze, panie przewodniczący. Udzielę odpowiedzi dla pana posła Millera i pana posła Hoca, bo ich pytania były zbieżne. Chodziło o komisje wojewódzkie – ile spraw trafiło do tych komisji.

Proszę państwa, do wszystkich komisji wojewódzkich trafiły sto trzydzieści trzy sprawy. Co miesiąc występuję do wojewodów o pełną informację, jakiego typu sprawy trafiły, czego dotyczyły i jakie było orzeczenie.

Liczba zwróconych wniosków – pięćdziesiąt. To były wnioski, które nie spełniły kryteriów opisanych w ustawie. Liczba zwróconych wniosków stanowiących przedmiot prac komisji – osiemdziesiąt trzy, przy czym, w dwudziestu jeden zakończono postępowanie.

Pani poseł Kłosin – jeśli mogę prosić, odpowiedziałabym pani pisemnie na pani zapytanie. Jest ono dość szerokie, a chciałabym odpowiedzieć jak najdokładniej.

W ogóle, jeżeli państwo posłowie będą sobie życzyć, chętnie odpowiem pisemnie na państwa zapytania, żeby odpowiedź była jak najbardziej satysfakcjonująca i pełna.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Rozumiem, że to koniec. Czy tak?

Rzecznik praw pacjenta Krystyna Kozłowska:

Tak, dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Rozumiem, że pani rzecznik odpowie pisemnie, bo na pytania, które padły, trzeba odpowiedzieć. Co prawda, chciałbym już kończyć, ale ponieważ pan przewodniczący Orzechowski pytał o pięć wyzwań, ale się nie dowiedział, też prosilibyśmy o odpowiedź pisemną na to pytanie. Wydaje mi się, że musimy zrekapitulować… Czy pan minister chciałby jeszcze coś powiedzieć w tej sprawie?

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:

Dwa słowa, jeśli mogę.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:

Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo! Ponieważ jest to mój pierwszy kontakt z państwem, przynajmniej formalny, przedstawię się – Krzysztof Chlebus. Od niedawna jestem podsekretarzem stanu w ministerstwie Zdrowia, a do niedawna – lekarzem klinicystą i nauczycielem akademickim.

Dwa słowa – ponieważ zostałem wywołany do odpowiedzi przy tej okazji, żeby nie powiększać dyskomfortu pani poseł Hrynkiewicz związanego z zapytaniami, na które nie ma odpowiedzi, zacznę od szczegółowej kwestii dotyczącej dokumentacji medycznej.

Jeśli chodzi o likwidowany podmiot, który dysponuje dokumentacją medyczną, to oczywiście dokumentacja ta należy do pacjenta i pacjent zwraca się o nią do tego podmiotu. Ta dokumentacja jest zwracana na wniosek. Jeśli tego wniosku nie ma, to ta dokumentacja nie jest wydawana i jest przejmowana przez organ założycielski – organ tworzący, i tam jest przechowywana, reguluje to rozporządzenie Ministra Zdrowia. Warto wrócić do tego tematu. Jeżeli mamy jakieś nieprawidłowości w tym zakresie, to oczywiście należałoby je skorygować, ale taka jest ścieżka formalna – ona jest wyraźnie uregulowana.

Jeśli chodzi o jakość, o której pani poseł wspomniała, jest to bardzo ważna rzecz. Mogę zapewnić, że Ministerstwo Zdrowia ma na uwadze kwestię jakości przy zmianach systemowych, które będzie wprowadzać w przyszłości. Kwestia jakości bardzo nam leży na sercu. Chciałbym tylko zaprzeczyć tezie, że jakość oznacza zmniejszenie kosztów. Proszę mi wierzyć, bo miałem okazję pracować w kilku miejscach na świecie i w Europie, w Stanach Zjednoczonych również miałem okazję obserwować wdrażanie systemów jakości w dobrych uniwersyteckich szpitalach, że jakość w ochronie zdrowia – tak, jak w każdej dziedzinie życia – oznacza wzrost nakładów. To jest proces kosztowny. Oczywiście przynosi on określone korzyści na ogół dla wszystkich w systemie – dla pacjentów

i lekarzy. Generalnie możemy mówić o wielu plusach, natomiast jest to proces kosztowny. Warto rozważyć to w omawianiu tych kwestii i planowaniu ich w przyszłości.

Odnośnie do badań profilaktycznych, które pani poseł wymieniła, zabrakło mi jednej informacji związanej z kilkoma wezwaniami na badania profilaktyczne. Otóż, zabrakło mi informacji, czy pani poseł gdzieś na te badania się udała. Bo rozumiem, że system jest nieefektywny w momencie, kiedy pani poseł na badania się nie udaje. Powiedziałbym więc, że to dowodzi wysokiej skuteczności systemu, skoro nawet z Gdyni dostaje pani poseł wezwanie jako target, jeśli chodzi o płeć i wiek dla badań profilaktycznych. W sytuacji, kiedy pacjentka się nie zgłasza, system ponawia zapytania. Prosiłbym tylko o takie uściślenie. Oczywiście, jeśli badania się odbyły, to wezwania są niezasadne i w pełni przyjmuję krytykę dotyczącą tej kwestii.

Jeśli chodzi o liczbę zdarzeń medycznych – pytanie było właściwie do pani rzecznik, więc nie będę do tego tematu wracać z uwagi na brak czasu. Natomiast chciałbym się zgodzić z panem ministrem Pirógiem, który stwierdził, że nawet duża liczba skarg pacjentów niekoniecznie jest związana z kwestiami systemowymi albo nie da się w sposób systemowy uregulować. Kilka lat byłem sędzią w sądzie lekarskim – oczywiście można też podważać wiarygodność sądu lekarskiego w ocenie własnych kolegów, co część społeczeństwa czyni, ale proszę mi wierzyć, że z analizy spraw, które trafiają do sądu lekarskiego, wynika – nie mam na to żadnej statystyki, ale takie są moje odczucia – że 70% spraw jest wynikiem złych realizacji na linii lekarz-pacjent a nie – z błędów merytorycznych. Te błędy merytoryczne jesteśmy w stanie rozstrzygnąć tylko przy pewnym poziomie fachowej wiedzy, natomiast większość sytuacji konfliktowych a myślę, że i większość skarg, które trafiają do Rzecznika, opiera się na złej albo bardzo zlej relacji na linii lekarz-pacjent. Jeśli chodzi o przyczyny – analiza oczywiście wyczerpuje ramy czasowe posiedzenia, więc nie będę się silił na ich podanie – wina jest bardzo często rozłożona na obie strony. Nie chcę bronić jakiejś tezy z góry założonej, ale problem jest skomplikowany i niekoniecznie daje się w ścisły sposób uregulować. Tyle, jeśli chodzi o pytania, które padły przy okazji wystąpienia pani rzecznik. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Ponieważ padł wniosek o odrzucenie tego Sprawozdania, w związku z tym, przystąpimy do głosowania.

Kto z pań i panów posłów jest za przyjęciem Sprawozdania zawartego w druku nr 692, z realizacji zadań wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta? Proszę o podniesienie ręki. Proszę sekretariat Komisji o policzenie głosów. Dziękuję bardzo. Kto jest przeciwny? Dziękuję bardzo. Kto wstrzymał się od głosu? Dziękuję. Proszę o podanie wyniku głosowania.

Za głosowało 11 posłów, przeciw 9, nikt nie wstrzymał się od głosu. Stwierdzam, że Komisja przyjęła Sprawozdania z realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Pozostaje nam jeszcze wyznaczenie posła sprawozdawcy. Posłem sprawozdawcą poprzedniego Sprawozdania był pan poseł Czechyra. Rozumiem, że ta propozycja jest dalej aktualna. Panie pośle, czy zgadza się pan? Dziękuję bardzo. W związku z tym, sprawa jest załatwiona.

Ogłaszam 3 minuty przerwy technicznej

[Po przerwie]

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę państwa, przypomnę, że w porządku naszego dzisiejszego spotkania jest jeszcze dokończenie informacji rządu w sprawie świadczeń zdrowotnych z zakresu dermatologii. Jeszcze dwie minuty przerwy, i proszę zajmować miejsca.

[Po przerwie]

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę państwa, będziemy kontynuować posiedzenie Komisji. Tym z państwa, którzy zabłądzili, muszę powiedzieć, że zespół, który spotyka się w tej sali, został skierowany do sali kolumnowej.

Za chwilę przekażę prowadzenie panu przewodniczącemu Latosowi. Proszę o zajmowanie miejsc. Panie ministrze, prosimy bardzo. Posłowie pewnie jeszcze dojdą. Zapraszamy posłów i przedstawicieli Ministra Zdrowia.

Przypomnę, że jest to kontynuacja posiedzenia z 24 maja 2012 r. wtedy gościliśmy specjalistów z zakresu dermatologii. Przedstawiciele Ministerstwa w międzyczasie się zmienili, ale widzę pana profesora Kaszubę i serdecznie witam.

Dlaczego wtedy przerwaliśmy nasze spotkanie? Dlatego, że doszło do pewnego dysonansu. Dotyczył on głównie nieprecyzyjnych danych, zarówno rzeczowych, jak i finansowych dotyczących problematyki świadczeń zdrowotnych z zakresu dermatologii. Dodatkowo zadane zostało pytanie, do którego w Informacji nie było żadnego odniesienia. Chodziło o to, jakie są potrzeby zdrowotne, a głównie możliwość zaspokojenia tych potrzeb, czyli skorzystania z porady, leczenia, hospitalizacji z zakresu dermatologii w poszczególnych miejscach geograficznych w Polsce.

Ten materiał, proszę państwa, został uzupełniony. Pewnie państwo mają dostęp do Informacji Ministerstwa Zdrowia. Rozumiem, że trzeba by to czytać łącznie z poprzednią Informacją. Mamy również nadesłane przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia materiały dotyczące spraw związanych z kontraktowaniem i finansowaniem świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu dermatologii w latach 2010-2012.

Poprosiłbym pana ministra, aby zgodnie z naszą procedurą, zaznajomił państwa z Informacją uzupełniającą, dotyczącą opieki zdrowotnej z zakresu dermatologii. Mam nadzieję, że ponieważ minęły 4 miesiące, będą pewne dane, o których wspominali pan profesor Kaszuba z panem profesorem Szepietowskim – chodziło głównie o program zdrowotny, który miał być adresowany do pewnej grupy chorych na łuszczycę, przy czym były ogromne kontrowersje, bo mówiono o koszcie od miliarda do kilkudziesięciu milionów złotych. Takie były dane fachowców, panów profesorów w zderzeniu z opiniami urzędników Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia czy Agencji Oceny Technologii Medycznych odnośnie do targetu, czyli grupy docelowej, do której miałoby być adresowane specjalistyczne leczenie. Chciałbym również, żeby pan minister i przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia odnieśli się do tego, czy ten program jest w jakiś sposób realizowany, czy w ogóle ma szansę zaistnieć? I co z tymi ogromnymi kontrowersjami dotyczącymi grup pacjentów, którzy mieliby być tym programem objęci?

Przekazuję prowadzenie panu przewodniczącemu Latosowi, a jednocześnie poproszę pana ministra o zabranie głosu. Dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:

Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo! Moim zadaniem w dniu dzisiejszym jest przedstawienie państwu Informacji dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie dermatologii. Postaram się to zrobić w sposób zwarty i, mam nadzieję, wyczerpujący wątpliwości. Oczywiście, po przedstawieniu tej Informacji jestem do państwa dyspozycji, jeśli chodzi o pytania.

Słów kilka na temat szkolenia specjalistów. Jeśli chodzi o sprawy związane z kwalifikowaniem lekarzy, oczywiście mamy regulacje prawne – ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty, przepisy i rozporządzenia Ministra Zdrowia regulujące te kwestię. Chciałbym tylko przypomnieć, że Minister Zdrowia określa i ogłasza na stronie internetowej liczbę miejsc szkoleniowych dla lekarzy, którzy będą odbywa szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie. To są te, tak zwane, rezydentury, na które nabór dwa razy w roku ogłaszamy. Ostatnia informacja ukazała się mniej więcej 2 tygodnie temu, a mówiła o tym, że Ministerstwo Zdrowia ma 444 miejsca rezydenckie w kraju, podzielone na województwa i specjalności.

Miejsca szkoleniowe dla lekarzy w poszczególnych dziedzinach medycyny, nieobjęte rezydenturą, ogłasza wojewoda, z uwzględnieniem miejsc szkoleniowych dla lekarzy bez specjalizacji oraz lekarzy posiadających odpowiednią specjalizację. To jest w gestii wojewody. To też z reguły są informacje zamieszczane w wersji elektronicznej. Mówimy o tym trybie pozarezydenckim, czyli tym, który nie obciąża bezpośrednio budżetu Ministerstwa Zdrowia, natomiast jest pewną alternatywą i ścieżką w wypadku wąskich gardeł tworzonych w ścieżce rezydenckiej. Istnieje taka opcja.

Trzeba pamiętać, że strona szkoleniowa to nie jest tylko kwestia liczby miejsc czy liczby chętnych, którzy poddają się szkoleniu, na drugiej szali jest liczba miejsc szkoleniowych, którymi dysponują ośrodki. Te ośrodki muszą spełniać określone kryteria. Jeśli chodzi o uruchamianie miejsc specjalizacyjnych, są miejsca w kraju, gdzie tego rodzaju sytuacja jak mniejsza liczba miejsc, które są akredytowane do szkolenia specjalistów, bywa czasami tym mechanizmem, który przyhamowuje w pewnym zakresie szkolenie lekarzy. I to uruchamianie miejsc specjalizacyjnych jest uzależnione właśnie od posiadania tych akredytowanych miejsc w danym regionie. Jeśli chodzi o tę akredytację, to *à propos* jakości – akredytując takie jednostki musimy zapewnić szkolących się lekarzy, że te jednostki spełniają określone kryteria i w związku z tym, jednostki, które chcą szkolić, które uważają, że spełniają kryteria, mogą dobrowolnie ubiegać się o wpis na listę jednostek uprawnionych do prowadzenia specjalizacji. Ta liczba miejsc jest podstawą do redystrybucji rezydentów lub lekarzy w trybie nierezydenckim, który szkolą się w określonych specjalnościach.

Chcę podkreślić, że nie ma formalnych przeszkód w ubieganiu się przez poszczególne jednostki o uzyskanie tych uprawnień. Jest to tylko kwestia dobrej woli, chęci i ambicji danego ośrodka. Jeżeli spełniają wymogi określone w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, to oczywiście mogą się o to ubiegać – i z reguły nie ma innych ograniczeń formalnych, to znaczy, ta liczba miejsc jest właściwie stale poszerzana, przy założeniu, że są chętni do szkolenia lekarzy.

Powiem, że możemy mówić o wzroście liczby miejsc szkoleniowych w jednostkach organizacyjnych uprawnionych do prowadzenia specjalizacji. Kilka danych obrazujących – we wszystkich dziedzinach medycyny jest dostępnych obecnie 36.485 miejsc, jednostek szkoleniowych jest 5139. Dla porównania, w 2008 r. mieliśmy 31.336 miejsc szkoleniowych w 4376 jednostkach. Jest to dość istotny wzrost na przestrzeni ostatnich 3,5 roku. W związku z tym, możemy mówić o trendzie wzrastającym.

Jeśli chodzi o dermatologię i wenerologię, bo to jest przedmiotem naszego dzisiejszego spotkania, uprawnione do prowadzenia specjalizacji są obecnie 52 jednostki, które dysponują 328 miejscami szkoleniowymi. To jest stan na luty 2012 r. Natomiast w 2008 r. – też dla porównania – mieliśmy 21 jednostek, przypomnę, *versus* 52 aktualnie – i 234 miejsca szkoleniowe, *versus* 328 aktualnie. Zatem tu też możemy mówić o wzroście. Z informacji przekazanych nam przez CMKP wiemy, że aktualnie, w trakcie specjalizacji jest 282 lekarzy, w tym 134 finansowanych z budżetu, w trybie rezydenckim.

Jeśli chodzi o informację dotyczącą liczby specjalistów, bo to też ma bezpośredni wpływ na dostępność do kontaktu z lekarzem specjalistą w zakresie dermatologii, mówimy obecnie o liczbie specjalistów na poziomie 1730. To są już lekarze ze specjalizacją. I jeśli chodzi o ostatnie postępowanie – żeby postawić kropkę nad „i" w tej kwestii – na 444 rezydentury w rozdaniu jesiennym, jest 10 rezydentur w dziedzinie dermatologii i wenerologii. Chcę też powiedzieć, że wojewodowie dysponują około 8500 wolnych miejsc szkoleniowych w podstawowych dziedzinach medycyny, które przeznaczają na szkolenie w trybach pozarezydenckich. Z tego jest jeszcze 27 miejsc.

Gwoli wyjaśnienia, jesienne rozdania rezydenckie z reguły są większe ilościowo. Wiąże się to z praktyczną przesłanką, że jest to okres, kiedy większość lekarzy kończy egzaminy i przystępuje do trybu specjalizacyjnego. Natomiast wiosenny tryb z reguły oznacza mniejszą liczbę miejsc rezydenckich. Przypomnę tylko, że Ministerstwo Zdrowia stara się stymulować wzrost liczby specjalistów we wszystkich dziedzinach medycyny, oczywiście ze szczególnym wskazaniem dziedzin, które uznajemy za priorytetowe, ale tu dużą rolę odgrywają konsultanci krajowi i wojewódzcy oraz samorząd lekarski, którzy wskazują i określają te potrzeby. Dla przypomnienia powiem, że tryb jest taki, że konsultanci wojewódzcy zgłaszają zapotrzebowanie do wojewodów, wojewodowie przekazują te informacje a konsultant krajowy dysponuje informacją zbiorczą, którą przekazuje do Ministerstwa Zdrowia. Ta informacja jest punktem odniesienia przy określaniu zapotrzebowania i kształtowaniu polityki kadrowej w zakresie szkolenia na najbliższe pól roku.

Jeśli chodzi o warunki realizacji świadczeń, to one oczywiście też są wystandaryzowane. Są one gwarantowane i opisane, reguluje to rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Chcę powiedzieć,

że te kryteria są wypadkową minimum potrzeb, które są niezbędne do prowadzenia efektywnej działalności leczniczej, ale jednocześnie stanowią zaporę przed zmniejszaniem poziomu i zabezpieczeniem pacjenta, w sensie jego bezpieczeństwa czysto medycznego.

Powiem tylko, że jeśli chodzi o realizację świadczeń w zakresie hospitalizacji, wymóg jest taki, że ośrodek musi dysponować co najmniej dwoma etatami. Nie dotyczy to dyżuru medycznego. Mówimy o dwóch etatach albo równoważnikach tych etatów w zakresie specjalistów w dziedzinie dermatologii i wenerologii i w hospitalizacji planowej. W tym trybie, mniej skazanym na sytuacje ostre, ten wymóg ogranicza się do jednego etatu specjalisty – również z wyłączeniem dyżuru medycznego, który jest niezbędnym gwarantem poziomu świadczenia usług w danej dziedzinie.

Jeśli chodzi o organizację działania świadczeń, to mówimy o wymogu zarówno w hospitalizacji jak i w hospitalizacji planowej, że konieczne jest zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej. Ten wymóg oznacza, że znowu mówimy o lekarzu specjaliście, natomiast z uwagi na czysto praktyczne podejście do tej kwestii – mianowicie, czasami mniejsze zaangażowanie, jeśli chodzi o tryb nocny – dopuszczone jest łączenie tej pracy dyżurowej z dyżurowaniem na innych oddziałach o profilu zachowawczym. Jest to dopuszczone przez płatnika i mieści się w standardach Ministerstwa Zdrowia.

W zakresie wyposażenia, mamy również ściśle określony profil sprzętu niezbędnego do wykonywania obowiązków diagnostyczno-terapeutycznych. Myślę, że nie będę państwu tego przybliżać, jest to w materiałach. Jeśli będą pytania dotyczące tego zakresu, to chętnie na nie odpowiem. Natomiast, jeśli chodzi o zakres opieki ambulatoryjnej specjalistycznej, chcę powiedzieć, że jeśli chodzi o kadry – rozmawiamy w tym kontekście – kryteria mamy określone w następujący sposób. Zgodnie z rozporządzeniem, porady dermatologiczne i wenerologiczne mogą być realizowane przez lekarza, który jest specjalistą w dziedzinie dermatologii i wenerologii lub ma specjalizację pierwszego stopnia w dziedzinie dermatologii i wenerologii albo jest w trakcie tej specjalizacji, co jest pewnym ukłonem w sytuacji niedoboru kadr w stosunku do potrzeb. Jednak wymagane minimum dwóch lat szkolenia specjalizacyjnego gwarantuje minimum bezpieczeństwa i fachowości, które jest niezbędne przy wykonywaniu tego rodzaju porad w trybie ambulatoryjnym, przy założeniu, że jest to nieco mniej obciążający tryb, w sensie wymagań merytorycznych niż tryb szpitalny.

Jeśli chodzi o zakres sprzętowy, tu również, jeśli państwo pozwolą, pominę te kwestie. Myślę, że są one istotne dla specjalistów, natomiast chciałbym skoncentrować się bardziej na informacjach dotyczących liczby ośrodków.

Posiadamy informację o zarejestrowanych 87 oddziałach szpitalnych o profilu dermatologicznym. Te oddziały dysponują liczbą 1973 łóżek. Możemy mówić o działających aktywnie 2399 poradniach dermatologicznych. Ważną informacją w kontekście tej Informacji o całościowym systemie opieki w zakresie dermatologii i wenerologii jest to, że w ocenie Agencji Oceny Technologii Medycznych jest aktualnie przygotowanie rekomendacji do świadczenia dotyczącego terapii fotodynamicznej w leczeniu nowotworów skóry. Celem jest, oczywiście, zakwalifikowanie tego działania jako leczenia refundowanego.

Krótka informacja dotycząca produktów leczniczych stosowanych w dermatologii. Oczywiście, też nie wchodząc w szczegóły, chcę powiedzieć, że poziom odpłatności kształtuje się następująco. Ryczałt w wypadku leków przeciwłuszczycowych do stosowania ogólnego, trzydziestoprocentowy poziom odpłatności dla leków przeciwłuszczycowych do stosowania ogólnego z innej grupy – to jest metoksalen i psoraleny, a jeśli chodzi o pozostałe leki, są one z reguły refundowane na poziomie 50%, przy czym, w przeważającej liczbie są to leki, które, mimo pięćdziesięcioprocentowej refundacji, są przystępne cenowo. Jeśli chodzi o leki stosowane jako terapia towarzysząca, z reguły chodzi o antybiotyki, w zależności od grup, w pojedynczych sytuacjach możemy mówić o ryczałcie. Jeśli chodzi o większość tych antybiotyków, są one refundowane na poziomie 50%.

Zanim przejdziemy do omówienia leczenia łuszczycy plackowatej, bo prawdopodobnie ten temat będzie przedmiotem państwa większego zainteresowania, chcę powiedzieć słów kilka na temat nakładów Narodowego Funduszu Zdrowia na realizację tych świadczeń. W zestawieniach mieli państwo okazję zaobserwować, że jeśli chodzi o zakres świadczeń ambulatoryjnych, w okresie od 2010 r. do 2012 r., wartość świadczeń zreali-

zowanych wynosi od 125 mln zł do 128 mln zł, a poziom świadczeń rozliczonych jest na mniej więcej stałym poziomie 125 mln zł. Natomiast, jeśli chodzi o leczenie szpitalne, nie będę omawiać poszczególnych grup, warto jednak zauważyć, że jest to poziom, który w całej swej masie jest oczywiście dość stabilny, natomiast w poszczególnych grupach mamy do czynienia z pewnymi zmianami. Chcę tu powiedzieć o liczbie umów zawartych ze świadczeniodawcami na realizację świadczeń z zakresu poszczególnych działań w leczeniu szpitalnym. Ta liczba, jeśli chodzi o ambulatorium, kształtuje się na poziomie od 1687 w 2010 r. do 1360 w 2012 r., a w leczeniu szpitalnym, 92 w 2010 r., 74 w 2012 r. Hospitalizacje planowe, 2 do 3 – tu właściwie jest *constans*, natomiast w szczegółach, jeśli chodzi o zespół opieki dziennej i hospitalizacje dziecięce, też mamy niewielką dynamikę, 7 *versus* 5 i 7 *versus* 4, jeśli chodzi o lata 2010 i 2012.

Wysokość środków finansowych, które są przeznaczane na leczenie pacjentów z chorobami dermatologicznymi, obrazuje kolejne zestawienie. Tu również wyraźnie widać, że jeśli chodzi o wartość świadczeń zrealizowanych i rozliczonych, to jest to poziom, jeśli chodzi o ambulatorium, mniej więcej 63 mln zł, przy rozliczonych na poziomie 61 mln zł w 2010 r. Wartość świadczeń zrealizowanych w 2011 r. wynosi ponad 63 mln 700 tys. zł, a wartość świadczeń rozliczonych – prawie 60,5 mln zł. Jeżeli chodzi o leczenie szpitalne, ta dynamika jest podobna – 186 mln zł wartość świadczeń zrealizowanych, a wartość świadczeń rozliczonych 180 mln zł. W 2011 r. – wartość świadczeń zrealizowanych 191 mln zł *versus* wartość świadczeń rozliczonych 181 mln zł. Ta rozbieżność wynika też z okresu rozliczeniowego, który w NFZ-ie potrafi się mocno przedłużać. To nie są jeszcze dane, które mogą w pełni odzwierciedlać skalę tej płatności. Niemniej jednak jest pewna nadwykonalność w stosunku do płatności. Tu mamy do czynienia z podobnym zjawiskiem, jak w całym systemie ochrony zdrowia.

Jeśli chodzi o wartości umów, bo to może będzie dawać nieco lepszy obraz sytuacji, mamy tu do czynienia z dynamiką. Kilka grup wykazuje pewną stabilność, kilka grup wykazuje istotną dynamikę wzrostową. Jeśli chodzi o ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, mamy kwotę ponad 247 mln zł, co oznacza wzrost prawie o 12% w stosunku do rozliczonych świadczeń w 2011 r. – mówię o roku 2012, a jeśli chodzi o leczenie szpitalne, jest to kwota 125 mln 263 tys. zł – wzrost o 0,79%. Możemy więc mówić o powtórzeniu tej kwoty w stosunku do roku 2011. Dermatologia i wenerologia w zakresie hospitalizacji – 119 mln 185 tys. zł. Również jest wzrost, niewielka dynamika, poniżej inflacji, bo 0,55%. Możemy więc mówić o powtórzeniu danych z zeszłego roku. Hospitalizacje planowe – tu możemy mówić o bardzo dynamicznym wzroście. Kwota 2 mln 058 tys. zł, to jest prawie 82-proentowy wzrost w stosunku do wartości rozliczonych. Warto odnotować, że jest to bardzo dynamiczny wzrost. Jeśli chodzi o zespoły opieki dziennej, mamy znaczący spadek – 769 tys. zł. Jest to kwestia przesunięcia środków w tym zakresie. W porównaniu z rokiem zeszłym, jest to spadek ponad 50-procentowy. I jeśli chodzi o hospitalizacje ogólne, całościowe, już nie planowe, mamy kwotę na poziomie 3 mln 249 tys. zł. To też jest spadek, wprawdzie niewielki, ale prawie 6% w stosunku do świadczeń z zeszłego roku.

Istnieją w Polsce miejsca, gdzie umowy na świadczenia z zakresu dermatologii zostały zakontraktowane we wszystkich obszarach. Są to Oddziały Wojewódzkie NFZ-u: Kujawsko-Pomorski, Lubelski, Lubuski, Małopolski, Opolski, Podlaski, Pomorski, Podkarpacki, Świętokrzyski, Wielkopolski i Zachodniopomorski. Natomiast są też miejsca, gdzie z przyczyn obiektywnych do pełnego kontraktowania nie doszło. W zestawieniu, którym państwo dysponują, podane są przykłady. Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ-u poinformował, że powiat lwówecki nie zakontraktował świadczeń w zakresie dermatologii. Przyczyna tego obiektywna – nie wpłynęła żadna oferta. Konkursy były po ogłoszeniu unieważniane. Podobna sytuacja jest w łódzkim oddziale NFZ-u. Jest kilka powiatów, które z podobnych powodów niezakontraktowany świadczeń. To powiaty: łaski, pajęczański, poddębicki, sieradzki, wieluński, wieruszowski, zduńskowolski. A terenie województwa mazowieckiego podobną sytuację mamy w powiatach: ostrołęckim i siedleckim. Tu też nie zgłosił się żaden oferent. Świadczenia dla mieszkańców tych powiatów są zabezpieczone na poziomie miejskim. Analogiczna sytuacja jest w warmińsko-mazurskim oddziale NFZ-u. Tu również, mimo przeprowadzonych postępowań konkursowych,

nie udało się zabezpieczyć świadczeń w kilku miejscach. Dotyczy to głównie powiatu gołdapskiego. Tak mniej więcej wygląda stan zakontraktowania tych świadczeń.

Jeśli chodzi o czas oczekiwania, jest to ważne z punktu widzenia pacjenta jako ocena jakości świadczeń, trzeba powiedzieć, że w zakresie poradni dermatologicznych czas oczekiwania na poradę w przypadku stabilnym wynosi od 4 do 26 dni, według informacji NFZ-u, a jeśli chodzi o sytuacje pilne, w trybie ambulatoryjnym, oczekiwanie wynosi do jednego dnia. W zakresie oddziałów dermatologicznych, według stanu na marzec 2012 r., oczekiwanie wynosi do prawie trzech miesięcy – 80-dniowe oczekiwanie w sytuacjach stabilnych a w sytuacjach pilnych – od natychmiastowego przyjęcia do prawie tygodnia. Dane przekazywane przez świadczeniodawców uniemożliwiają nam wyłonienie tej grupy, która jest przedmiotem głębszych analiz, a mianowicie, chorych na łuszczycę. Mówimy więc o całej grupie chorych leczonych dermatologicznie.

I kilka słów, może i więcej niż kilka, dotyczących leczenia łuszczycy plackowatej. Jest to istotne schorzenie z punktu widzenia społecznego, schorzenie niejednolite – relatywnie często występująca przewlekła dermatoza. Jeśli chodzi o częstość występowania – jedna z najczęstszych. Patomechanizm immunologiczny – miejsca zajęcia, to najczęściej skóra, ale warto pamiętać, że dolegliwości i ewentualne powikłania w najbardziej zaawansowanych sytuacjach dotyczą zajęcia przez chorobę drobnych i dużych stawów. W tym wypadku, oprócz dysfunkcji związanej z dyskomfortem, jakim na ogół łuszczyca piętnuje pacjentów, mamy do czynienia ze zniekształceniami, co z punktu widzenia społecznego jest bardzo istotnym elementem.

W najczęściej występujących postaciach łuszczycy, na ogół wystarczające jest leczenie miejscowe. Tu stosowane są maści złuszczające z kwasem salicylowym lub siarką, oliwki salicylowe. Najczęściej stosowane leki, to: cygnolina, preparaty dziegciowe, kortykosteroidy, pochodne witamy D3 i oczywiście fototerapia, która jest najstarszą, nadal stosowaną metodą – naświetlania promieniami UVA i UVB, emitowanymi przez sztuczne światło, stąd to, co pominąłem wcześniej, ten ważny element wyposażenia oddziałów dermatologicznych w tego rodzaju sprzęt jako jeden z podstawowych. Czasami, w konkretnych sytuacjach klinicznych, poszerza się te naświetlania o podawanie psoralenów, leków mających za zadanie poprawić skuteczność tej terapii poprzez działanie światłouczulające.

Jeśli chodzi o farmakoterapię stosowaną, ten element jest w zestawieniu dla zainteresowanych, jednak chciałbym się bardziej skupić na kwestiach stosowania leków biologicznych. Jest to terapia, która budzi najwięcej kontrowersji. Jest to terapia nowoczesna, ale bardzo droga. Chcę jednak podkreślić, że refundacja tych terapii biologicznych jest możliwa w ramach programów zdrowotnych (te kwestie reguluje ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) jeśli chodzi o technologie lekowe, w których ta substancja czynna nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych.

Procedura obejmowania refundacją leków w programach lekowych została określona przepisami ustawy o refundacji leków, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Pierwszy wniosek złożony w trybie tej ustawy wpłynął do Ministra Zdrowia. Obecnie trwa jego rozpatrywanie i uzgadnianie treści programu. Projekt programu lekowego, który dotyczy leczenia chorych na łuszczycę plackowatą, stanowi załącznik do tego wniosku. W przypadku podjęcia decyzji o objęciu refundacją i ustalaniu ceny urzędowej leku, treść programu lekowego stanowić będzie załącznik do takiej decyzji, a następnie Minister Zdrowia ogłosi, w trybie obwieszczenia, wykazy refundowanych leków, w stosunku do których wydano ostateczne decyzje administracyjne o objęciu refundacją.

Chciałbym podkreślić, że obecnie istnieje wyodrębniony mechanizm finansowania terapii biologicznych w ciężkiej łuszczycy plackowatej. Finansowanie terapii ciężkiej łuszczycy odbywa się, zgodnie z zarządzeniem nr 17/2011 z dnia 6 kwietnia 2011 r., na zasadzie leczenia szpitalnego, poprzez sumowanie kosztów związanych z hospitalizacją i z hospitalizacją związaną z zastosowaniem rzeczywistego leczenia. Czyli sumujemy koszty hospitalizacji z rzeczywistym kosztem użytego leku, na podstawie przedstawionej faktury zakupu. Tak to się aktualnie odbywa.

Finansowaniem terapii ciężkiej łuszczycy objęte zostały następujące substancje czynne: adalimumab, etanercept, infliksymab i ustekinumab. Jeśli chodzi o wartość zrealizowanych świadczeń dla tej grupy JGP – J 40 Ciężka łuszczyca, dane zostały tu pokazane państwu zbiorczo za okres od lipca do grudnia 2010 r., czyli za drugie półrocze 2010 r., i dane od stycznia do marca 2011 r. Wartość tych świadczeń, które zostały rozliczone w pierwszym wypadku, a więc w 2010 r., wynosi 778 tys. zł dla półrocza, natomiast dla pierwszego kwartału 2011 r. jest to już kwota rozliczonych świadczeń na poziomie 825 tys. zł.

Odnośnie do danych dotyczących kosztów całościowych hospitalizacji, ale w rozbiciu na hospitalizację i leczenie farmakologiczne, to kolejne zestawienie również pokazuje dynamikę tych zmian, jeśli chodzi o drugie półroczne 2011 r. i pierwszy kwartał 2012 r. Proszę zwrócić uwagę na proporcje między kosztami hospitalizacji i kosztem farmakoterapii. W pierwszym wypadku, czyli w roku 2011, łączny koszt hospitalizacji rozliczonej wynosi 71 tys. zł, przy zrealizowanych świadczeniach na poziomie 77 tys. zł, natomiast jeśli chodzi o koszty farmakoterapii – koszty towarzyszące – koszty świadczeń rozliczonych to prawie 2 mln zł – 1 mln 966 tys. zł, przy zrealizowanych świadczeniach na poziomie 2 mln 700 tys. zł. Jeśli chodzi o dynamikę – pierwszy kwartał 2012 r. – mamy informację o świadczeniach rozliczonych na poziomie 21 tys. zł – mówimy o kwartale, także te dane nie są do końca kompatybilne w ocenie. A jeśli chodzi o wartość świadczeń rozliczonych, jest to poziom 426.617 zł.

Dotychczasowe próby wprowadzenia terapeutycznego programu zdrowotnego, dotyczącego leczenia lekami biologicznymi łuszczycy, zakończyły się, niestety, niepowodzeniem. Jesteśmy oczywiście w trakcie działań, ale powiem kilka słów na temat dotychczasowej sytuacji.

W ubiegłym roku, na wniosek konsultanta krajowego w dziedzinie dermatologii i wenerologii, przedstawiony został projekt terapeutycznego programu zdrowotnego. Ten projekt został przekazany do Agencji Oceny Technologii Medycznych w celu dokonania oceny. Jest to standardowe postępowania w takich sytuacjach. Oczekujemy od Agencji Oceny Technologii Medycznych rekomendacji… Mówię tylko o trybie. To znaczy, rekomendację już mamy. Natomiast normalnie, w standardowej sytuacji, po złożeniu zawsze oczekujemy rekomendacji. Ta rekomendacja oczywiście została wydana 24 października 2011 r. w sprawie zakwalifikowania terapeutycznego programu zdrowotnego leczenia łuszczycy plackowatej lekami biologicznymi jako świadczenia gwarantowanego. Chcę powiedzieć, że w Ministerstwie Zdrowia w takiej sytuacji rozpatruje się trzy warianty leczenia, które są zawarte z reguły w rekomendacji AOTM-u – warianty minimalny, podstawowy i maksymalny. Oczywiście, musimy mieć na względzie takie scenariusze, które będą rzutować na budżet w minimalnym stopniu i w maksymalnym. I te dwie krańcowe sytuacje z reguły powinny być brane pod uwagę.

Jeśli chodzi o szacunki Agencji – jest to istotne dla zrozumienia istoty problemu. W pierwszej rekomendacji Agencja podała nam kwotę na poziomie 498 mln zł jako koszt leczenia tą terapią biologiczną. To jest ten scenariusz maksymalny, który my, strategicznie przygotowując się do przyjęcia pewnego programu, musimy brać pod uwagę. Założenie oczywiście jest takie, że w każdym kolejnym roku populacja leczona lekami, które są objęte tym programem, zmniejszałaby się o tych pacjentów, którzy zostali wyłączeni, zgodnie z kryteriami wyłączenia, a więc albo z powodu braku odpowiedzi na leczenie, albo z powodu działań niepożądanych. Ta populacja będzie też równomiernie rosła o chorych, którzy są do programu włączani.

Znacząca jest różnica szacowanej populacji pacjentów, którzy mogliby kwalifikować się do terapii biologicznej na podstawie ustalonych w analizowanym kształcie programu kryteriów włączenia. Ze strony Agencji Oceny Technologii Medycznych otrzymaliśmy informację, że ta populacja jest szacowana na poziomie 6840 pacjentów, natomiast w opinii konsultanta krajowego w dziedzinie dermatologii i wenerologii, ta liczba pacjentów została zarekomendowana na poziomie około 1000 osób. Natomiast, jeśli chodzi o dane obiektywne, wiemy, że zapadalność łuszczycę plackowatą kształtuje się na poziomie 1000-1500 przypadków rocznie. Nie chcę nawet rozwijać tego wątku, bo dodatkowo wprowadza on zamieszanie z punktu widzenia strategii planowania takich badań, ale

jeśli chodzi o Narodowy Fundusz Zdrowia, szacunkowe dane dostarczone nam przez Fundusz zupełnie rozbijały te szacunki, dlatego, że przy założeniu nawet wariantu minimalnego, w którym co czwarty pacjent bierze udział w leczeniu, przyjmujemy scenariusz, że 80% populacji z rozpoznaniami, które są określonymi grupami JGP kwalifikującymi do tego leczenia, zostałoby objęte takim programem terapeutycznym. Biorąc pod uwagę dynamikę ujemną nowych rozpoznań, jaka zaistniała między rokiem 2009 a rokiem 2010, przewidywana liczba pacjentów, którzy mogą zostać objęci programem, według tych szacunków, kształtuje się na poziomie 8941.

Trzeba też zaznaczyć, że w ramach programu terapeutycznego mają być finansowane cztery leki, zatem liczbę pacjentów w wariancie minimalnym należy szacować jako tę, którą wspomniałem, czyli 8941 razy 4, co daje przelicznik na poziomie 35.764 pacjentów. Płatnik w swoich wyliczeniach wskazał nam również, że pacjent leczony w ramach programu terapeutycznego zachowuje prawo do korzystania ze świadczeń w ramach systemu Jednorodnych Grup Pacjentów – jest to gwarantowane prawnie – co w konsekwencji wiąże się, przynajmniej w części, jeżeli nie w całości, z finansowaniem tej jednostki chorobowej z dwóch źródeł. To jest bardzo realne zagrożenie przy szacowaniu ewentualnych kosztów.

Szacunkowe wyliczenia zostały przedstawione przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w listopadzie 2011 r. Chcę powiedzieć, że one nie były brane pod uwagę, co jest ważne, bo gdybyśmy brali je pod uwagę, to właściwie ten temat, z punktu widzenia finansowego, przy takich szacunkach, zostałby zamknięty. One nie były brane pod uwagę w procesie oceny programu. Uznaliśmy, że wskazany w przedmiotowej rekomendacji koszt programu stanowi zbyt wysoki ciężar finansowy dla publicznego płatnika i skupiliśmy się na danych, którymi dysponowaliśmy – od konsultanta krajowego i niezależnych ekspertów, którzy współuczestniczyli w tworzeniu rekomendacji w Agencji Oceny Technologii Medycznych.

Jeśli chodzi o sytuację po zmianie otoczenia prawnego, czyli od początku roku, możemy powiedzieć, że ta procedura obejmowania refundacją leków w programach lekowych musi być zgodna z nowym porządkiem prawnym, czyli z ustawą o refundacji leków, środków specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych. Ta modyfikacja programu pozwoli na wprowadzenie w życie programów dotyczących łuszczycy plackowatej lekami biologicznymi już w formie programów lekowych, o których prawdopodobnie jeszcze przez chwilę będziemy rozmawiać.

Jeśli chodzi o środki publiczne, z których Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje leczenie łuszczycowego zapalenia stawów w przebiegu agresywnym, z zastosowaniem leków biologicznych, mówimy głównie o trzech preparatach – adalimumab, etanercept i infliksymab, w ramach programu lekowego. Zgodnie z opisem, jest on opisany w załączniku do obwieszczenia ministra w sprawie wykazu leków refundowanych, wszystko odbywa się zgodnie z tymi zaleceniami.

Jeszcze kilka słów na temat sytuacji dotyczącej programów. Jeśli chodzi o sytuację na dziś, możemy powiedzieć, że dysponujemy informacją o trzech wnioskach refundacyjnych od trzech podmiotów na leki biologiczne, które są stosowane w ramach programów lekowych. Mówimy tu o wymienionym wcześniej ustekinumabie, etanercepcie i adalimumabie. W terapii łuszczycy stosuje się jeszcze jeden lek – infliksymab, ponieważ jednak nie dysponujemy żadnym wnioskiem refundacyjnym, skupiamy się głównie na tych trzech preparatach.

Ustekinumab – jak wspomniałem – jest to już lek rekomendowany przez prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych. Obecnie trwają negocjacje cenowe z wnioskodawcą, a mamy już informacje o istotnym obniżeniu ceny, jest więc szansa na to, że w najbliższej perspektywie sfinalizujemy te rozmowy. Jeśli zaś chodzi o etanercept, jest już uzgodniony kształt programu lekowego z wnioskodawcą. W najbliższych dniach ten wniosek zostanie przekazany do Agencji Oceny Technologii Medycznych. Ostatni preparat – adalimumab. Trwa proces uzgadniania kształtu programu lekowego. Tak więc jest to najmniej zaawansowany proces, ale również bliski sfinalizowania.

Jeśli chodzi zasadę dotyczącą programu lekowego, każdorazowo taki projekt jeśli jest proponowany, jest przekazywany do grona ekspertów. Tu ukłon w kierunku konsultanta

krajowego, który jest dla nas najważniejszym partnerem w tych rozmowach. W związku z tym, mamy w perspektywie uściślenia z konsultantem krajowym kilku kryteriów, a mianowicie, poziomu oceny ciężkości choroby mierzonego wskaźnikiem PASI – mamy już z pewien postęp w tych rozmowach. Ten poziom oceny wskaźnika ciężkości choroby został zmieniony. Jest w tej chwili na poziomie 18 punktów. A jeśli chodzi o możliwości finansowania tego preparatu, cena również w przebiegu konsultacji została istotnie zmniejszona. Natomiast Agencja Oceny Technologii Medycznych w drugiej rekomendacji już nieco mniej rygorystycznie podeszła do tego problemu, w związku z czym możemy mówić o rychłym wprowadzeniu programu w życie.

Ważne jest to, aby podkreślić, iż z uwagi na koszty, bardzo ważne jest ścisłe i rygorystyczne podkreślenie kryteriów włączenia do leczenia. To oznacza, że ten zakres leczenia, z uwagi na udokumentowaną skuteczność, ale i wysokie koszty, powinien być, w ocenie ministerstwa, proponowany chorym najciężej. Mówimy o rzeczywiście najcięższych postaciach choroby. Chcę przypomnieć, że alternatywą do tych dużych kosztów… Na drugiej szali mamy koszty wszystkich programów lekowych, jakie są w gestii Ministerstwa Zdrowia. Ten koszt – przypomnę – jest na poziomie finansowania tych wszystkich programów lekowych, a jest ich ponad 40, a więc na poziomie 1 mld 400 mln zł. To jest kwota, która pokazuje stopień… Oczywiście, możemy to uśredniać, aczkolwiek to nie jest wiarygodne uśrednianie, ale pokazuje ono, że dla ponad 40 programów możemy mówić o takim poziomie finansowania. Patrząc całościowo na koszty ewentualnego programu lekowego dla tych chorych w tych symulacjach, jeżeli pokazują nam one koszty na poziomie 300 czy 600 mln zł, oczywiście relatywnie w stosunku do innych programów, to jest to koszt nie do zaakceptowania. Dlatego te prace i te rozmowy wciąż trwają, ale – podkreślam – to nie jest kwestia obstrukcji ze strony ministerstwa czy świadomego utrudniania., jest to kwestia racjonalnej oceny wskazań. Wierzymy, że pan profesor, konsultant krajowy, jest w stanie znacznie nas wspomóc w tych zabiegach, ponieważ jest to bardzo istotne, żebyśmy określili grupę docelową i sprecyzowali tych chorych jako najciężej chorych. Chodzi o to, abyśmy uniknęli sytuacji, kiedy chorzy ze średnim zaawansowaniem łuszczycy, również są włączani do tego programu, bo oznacza to po prostu niekontrolowane rozdęcie kosztów dla tego programu lekowego, co – niestety – przy ograniczonych środkach będzie się odbywać kosztem innych programów lekowych, czyli innych grup chorych.

Tak bym ujął nasze stanowisko w tej kwestii. Proszę o pytania. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Myślę, że teraz oddamy głos panu profesorowi Kaszubie, konsultantowi krajowemu w dziedzinie dermatologii i wenerologii. Wystąpienie pana ministra było bardzo interesujące. Ważne były również te głosy na końcu. Myślę, że jeżeli chociaż uda się wyjaśnić te sprawy, których nie udało się wyjaśnić w kontaktach i rozmowach w ministerstwie, i uda się pomóc na posiedzeniu Komisji Zdrowia, to z tego powodu warto było poświęcić posiedzenie Komisji tej tematyce, bowiem bardzo duże są rozbieżności między tym, co mówi chociażby Agencja Oceny Technologii Medycznych, a co mówi konsultant krajowy, który – jak rozumiem – jest prawą ręką pana ministra w decydowaniu w tego typu sprawach.

Wcześniej były podane pewne dane statystyczne. One oczywiście są niezwykle ważne, panie ministrze – proszę mnie źle nie zrozumieć – ale bardzo bym prosił, żeby pan profesor powiedział o tym, co jest szczególnym problemem w bieżącym funkcjonowaniu zarówno lekarzy zajmujących się dermatologią, jak i pacjentów dermatologicznych, bo to z tej statystyki, niestety, nie wybrzmiało. Jedynie końcowy element, odnośnie do terapii biologicznej, dotyczy pacjentów. Gdyby pan profesor zechciał powiedzieć kilka słów na ten temat, a także na temat tych rozbieżności, bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie dermatologii Andrzej Kaszuba:

Dziękuję za udzielenie głosu. panie przewodniczący. Szanowny panie ministrze! Chciałbym bardzo podziękować za tak szerokie i dokładne potraktowanie sprawy dermatologii. Myślę, że jeszcze nie spotkaliśmy się z tak dokładnym przedstawieniem sprawy

w każdym innym miejscu, a szczególnie na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Bardzo za to dziękuję.

Oczywiście, zgadzam się całkowicie z panem ministrem – to są liczby, które wskazują na to, że jednak dermatologia w Polsce nieźle wygląda w całości, jeśli chodzi o szkolenie. Jeśli mogę sie odnieść do niektórych spraw, najważniejsze są rozbieżności pomiędzy nami dotyczące programów, ale myślę, że – tak, jak pan minister powiedział – dojdziemy do konkretnych wniosków, bo wiem, że procedowanie tych programów trwa bardzo intensywnie. codziennie otrzymuję kilkanaście maili z ministerstwa, na które staram się odpowiadać. Jak pan minister zauważył, przychylam się do stanowiska ministerstwa w tej sprawie, bo zależy nam bardzo na wprowadzeniu tych programów jak najszybciej. Może zacznę od tych spraw.

Rozbieżności między nami polegają na tym, że my procedujemy nad programem dla ciężkich postaci łuszczycy plackowatej. Program jest wyraźnie pisany dla ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej, natomiast Agencja Oceny Technologii Medycznych wyliczyła 500-600 tys. zł dla 6800 chorych – i to można wyczytać z pisma Agencji – dla łuszczycy umiarkowanej i ciężkiej. Pan minister jest lekarzem, więc dobrze wie, że w Polsce większość to łuszczyca umiarkowana i łagodna, natomiast mamy program dla ciężkiej. Z danych, które przedstawia Agencja – przesłałem panu ministrowi i państwu moje wyliczenia w tej sprawie – i z procentów, które oni przedstawiają, wynika, że w lejku najcięższej łuszczycy zostaje maksymalnie 1400 chorych. Ja rozumiem, że państwo chcą się zabezpieczyć finansowo, żeby nie wydawać zbyt dużo pieniędzy, ale to jest kwota 70 mln zł i nie ma dyskusji. Nie może być więcej tych pacjentów z tego powodu, że to dotyczy tylko ciężkich postaci łuszczycy. A jak pan minister powiedział, kryteria włączenia są bardzo restrykcyjne. Jak powiedział jeden z profesorów – są barbarzyńskie wobec naszych pacjentów. My oczywiście się zgadzamy na PASI powyżej 18 punktów, chociaż cały świat bazuje na PASI powyżej 10 dla ciężkiej łuszczycy. Oczywiście oni też mówią „umiarkowana do ciężkiej" DLQI – jakość życia, BSA, czyli powierzchnia zajętej skóry powyżej 10. Zgodziliśmy się także – jak zapewne przedstawił to Narodowy Fundusz Zdrowia – na fotografowanie naszych pacjentów. Czyż nie ma lepszego kryterium niż przesyłanie zdjęć w jpg do NFZ-u? Czyli nie ma szansy na to, żeby jakiś pacjent z lekką lub umiarkowaną łuszczycą przemknął do tego programu.

Wymyślić kwoty 1,5 mld zł, czy 500 mln zł, a w trzecim roku działania powyżej, jeśli wszystkie programy w Polsce tyle kosztują, nie mógł lekarz ani człowiek, który zna się na medycynie. Nie chcę się powtarzać, ale wielokrotnie przedstawiałem swoje dokładne wyliczenia w tej kwestii – na ostatnim na posiedzeniu Komisji. Państwo ze mną współpracują, ja współpracuję z państwem – jestem państwa urzędnikiem, ale nie ma zrozumienia w podstawowej kwestii – liczby pacjentów. Pan minister dalej powtarza 500 tys. – 6800 chorych, podczas gdy ja jestem przekonany… Zresztą podobnie, jak się stało z łuszczycowym zapaleniem stawów, panie ministrze. Zbliża się koniec roku, a my w tym programie, razem z reumatologami – program dla 1200 chorych – mamy zaledwie 230 pacjentów. To oczywiście spowodowały restrykcyjne kryteria, chociaż łuszczycowe zapalenie stawów jest całkiem innym zapaleniem stawów niż reumatoidalne zapalenie stawów. Jednak my staramy się spełniać te kryteria. Ta rozbieżność dotyczy tylko tej kwestii, bo w innych jesteśmy całkowicie zgodni.

Tak więc kryteria są bardzo restrykcyjne i dodatkowo ograniczają tę populację do maksymalnie 1400 chorych. Poza tym, do tych 1400 chorych pretenduje… Jak pan minister powiedział, w programach lekowych są trzy leki – najnowocześniejsze, najskuteczniejsze i najbezpieczniejsze, które już trzykrotnie były pozytywnie ocenione przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. Panie ministrze, my o te programy walczymy od pięciu lat i zawsze – ja to rozumiem – zdarza się sytuacja finansowa, dziura, spadki – nie znam się na tym – brakuje pieniędzy. I nagle, w ostatnim dążeniu, przed metą, wyciąga się argument – 0,5 mld zł na program terapeutyczny dla ciężkiej łuszczycy plackowatej, gdzie kryteria – wiadomo, jakie są na całym świecie – ograniczają tę populację. Nie wiem, czym to jest spowodowane, ale moje dokładne wyjaśnienia w tej sprawie były przesłane do ministerstwa. Możemy to jeszcze raz wyliczyć wspólnie wyliczyć, bardzo dokładnie, bo wyliczenie liczby pacjentów akurat do tego programu leczniczego jest prostą sprawą.

Oczywiście bardzo cieszy mnie, że będą wchodzić nowe terapie w dermatologii, że będzie terapia fotodynamiczna, która jest jedną z bardzo dobrych nieinwazyjnych terapii nowotworów, ale z kolei martwi mnie fakt, że pośród leków refundowanych z zakresu dermatologii jest tylko 11-12 pozycji, że nie mamy refundacji na takie leki, jak immunomodulatory zewnętrzne, czyli takrolimus i pimekrolimus, posługuję się nazwami chemicznymi, które na świecie są uznane z bardzo korzystne w leczeniu miejscowym. Nie mamy odpowiedzi dla terapii proaktywnej. Chcielibyśmy bardzo, żeby uwzględniono w refundacji ciężko chorych z atopowym zapaleniem skóry – mamy tu przedstawiciela Fundacji „Alabaster", czyli chorych z atopowym zapaleniem skóry, którzy wydają majątek na emolienty. W większości krajów europejskich emolienty w atopowym zapaleniu skóry są refundowane. Ci chorzy mają tak suchą skórę, że samo leczenie nie przyniesie poprawy, emolienty są konieczne.

Wracając do łuszczycy – jeszcze jedno zdanie, ponieważ pan minister o tym powiedział. Tak, łuszczyca to nie tylko łuszczycowe zapalenie stawów. Obecnie na całym świecie łuszczycę uznaje się za chorobę ogólnoustrojową. Łuszczyca ciężka – ta, którą chcemy leczyć – prowadzi do w pełni rozwijającego się, ciężkiego zespołu metabolicznego, a więc cukrzycy, insulinooporności, nadciśnienia, otyłości itd. Pacjenci z ciężką łuszczycą – tą, którą chcemy leczyć tą terapią – żyją krócej średnio o 10-15 lat. Nie mówię o komforcie ich życia. dlatego tak zależy nam na tych terapiach, które powstrzymują postęp i rozwój zespołu metabolicznego u tych pacjentów, bo tylko takie leki skierowane na te cząsteczki… Oczywiście wiemy, że kryteria w tym programie są bardzo ostre i będzie to dotyczyć najciężej chorych pacjentów, ale tak właśnie chcemy, żeby dotyczyło to najciężej chorych pacjentów.

Jeszcze kilka słów na temat naszego lecznictwa dermatologicznego. Bardzo źle się stało, pan minister na pewno to wie, że zlikwidowano poradnie wojewódzkie skórno-weneryczne, które zajmowały się leczeniem. Teraz mamy bardzo utrudniony dostęp do kartotek. To były poradnie, gdzie były kartoteki pacjentów cierpiących na choroby przenoszone drogą płciową. Te poradnie przestały istnieć a dostęp do tych kartotek jest bardzo utrudniony.

Mówił pan minister o wyposażeniu. Wyposażenie mamy coraz lepsze, takie są wymogi Narodowego Funduszu Zdrowia, i bardzo dobrze, ale wycena procedury naświetlania lampą PUVA, której koszt dla poradni wynosi 100 tys. zł, na 1 pkt za naświetlanie – 8-10 zł dla szpitala, powoduje, że ta procedura jest całkowicie nieopłacalna. Te lampy są najlepsze właśnie w leczeniu średnio-ciężkich postaci łuszczycy. Nie musimy kwalifikować do leczenia biologicznego, ale musimy mieć możliwość leczenia lekami tańszymi i mieć dostęp do tych leków i procedur. Jeżeli tak jest wyceniona ta procedura na 1 pkt, to nie tylko naszym szpitalom, ale i poradniom w terenie, których jest dużo – nie zawsze rozłożenie tych poradni jest dobre – nie opłaca się naświetlać pacjentów. Do tego dochodzą leki, które trzeba stosować itd.

Warunki udzielania świadczeń w dermatologii na pewno ulegają poprawie, z tym się zgadzam. Jest coraz lepiej, ale, przykładowo, największa polska klinika w Warszawie, przy ul. Koszykowej, to jest po prostu stajnia Augiasza. Ja wiem, że to jest sprawa rektora i pieniędzy związanych z uczelnią, ale ta najważniejsza klinika dla Polski chyli się ku upadkowi ze względu na brak możliwości remontu, nie wspomnę już o nowocześniejszych metodach leczenia.

Chcielibyśmy, żeby zrefundowano także te leki, o których tu mówimy. Są procedowane pewne sprawy w Agencji Oceny Technologii Medycznych i bardzo możliwe, że nowoczesne terapie w dermatologii ujrzą światło dzienne lub będą w przyszłości refundowane. Na chwilę obecną najważniejsze dla nas, dermatologów, jest wprowadzenie programów lekowych dla ciężko chorych na łuszczycę, którzy zalegają w klinikach i w oddziałach często trzy-cztery razy w roku, zajmując miejsce innym chorym. To jest niesamowita sprawa a taki pacjent mógłby nie mieć łuszczycy, bardzo ciężkiej łuszczycy, po jednej wizycie i podaniu leku raz na trzy miesiące. Mamy pacjentów, którzy obecnie są leczeni biologicznie, bo mamy taką procedurę. Pan minister mówił o tym. Jednak ta procedura pochłania nasze punkty szpitalne. Za lek musimy płacić naszymi punktami. Są ośrodki, które mają 2000 pkt miesięcznie i w związku z tym, gdy przeprowadzą trzy terapie mie-

sięcznie lekami biologicznymi, to nie mają na leczenie innych chorych. Nie możemy więc mówić, że mamy taką procedurę. Wiem, że ta procedura zginie, gdy wejdą programy, ale to jest całkiem co innego – program terapeutyczny. Jedyny, pierwszy program terapeutyczny dla dermatologii, dla tych trzech leków, które pan minister wymieniał, ale już niedługo będziemy mieć następne, tańsze i lepsze leki, bo świat idzie do przodu. Chorzy, których my znamy, którzy przeszli takie terapie biologiczne – pani profesor Narbutt świadkiem – wracają do życia. To jest całkiem inne życie. Oni nie spodziewają się, że można z ciężką łuszczycą tak zmienić swoje życie. Obecnie, w ramach tych terapii, w ramach badań lekowych, mamy leczonych ponad 200 chorych. To jest kropla w morzu potrzeb. Tak więc ten program, wracam do tego, jest dla nas w dermatologii najważniejszą sprawą. Nie chciałbym mówić o drobnych sprawach, o szczegółach i zajmować państwa czas, ale proszę o zrozumienie potrzeb dermatologii.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie profesorze. Pan minister wprawdzie wspominał o tym, co jest w materiale dostarczonym przez NFZ, ale może jeszcze przedstawiciel NFZ chciałby coś dopowiedzieć do tego, co mówił na początku pani minister. Bardzo proszę.

Zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Zbigniew Teter:

Zbigniew Teter – wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Materiał, którym posługiwał się pan minister jest oparty głównie na danych, które przekazał Narodowy Fundusz Zdrowia. W tej sytuacji, o jakiej mówi pan prof. Kaszuba, to nie jest sprawa dermatologów. To jest sprawa pacjentów, może pan profesor się przejęzyczył, mówiąc o sprawie leczenia łuszczycy. Natomiast trzeba pamiętać o tym, że środki, jakie są w Narodowym Funduszu Zdrowia, zawsze są ograniczone. Są to środki, które są zależne nie od Narodowego Funduszu Zdrowia, tylko od przypływu składki.

Jutro będziemy o tym mówić, bo będzie posiedzenie Komisji Zdrowia poświęcone Sprawozdaniu finansowemu za 2011 r., ale chciałbym uprzedzić państwa, że przypływ składki na dzisiaj, czyli od stycznia do sierpnia tego roku, wynosi minus 805 mln zł. Tak więc Polska, mimo że jest przewidywany wzrost PKB o 2,5%, jest wypadkową kryzysu światowego, europejskiego i panującego w sąsiednich krajach. Zatem przy rozpatrywaniu tych wszystkich spraw, zarówno troską państwa, jak i Ministerstwa i Funduszu jest to, żeby dostosować te nowoczesne technologie do tego, jakie środki. Tak się dzieje we wszystkich krajach na świecie – i w tych bardzo bogatych i w tych średniozamożnych, w Polsce również – że do terapii, które są i będą wprowadzane – i obyśmy wszyscy leczyli się nowoczesnymi technologiami – muszą być dostosowane środki. Amerykańskie towarzystwo lekarskie, jak pan minister wspomniał, również – jeżeli określa procedury medyczne i wycenę tych procedur, to robi to w punktach. Nigdy nie narzuca żadnemu płatnikowi kwoty, jaką ma zapłacić, bo Stany Zjednoczone Ameryki, które są bardzo bogatym krajem, mogą narzucić tyle środków na każdy punkt, na ile ich stać. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Proszę o zdawanie pytań. Bardzo proszę, pan poseł Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Przepraszam, że muszę zacząć, bo każdy jest już zmęczony, ale jest taka odwieczna maksyma, która tutaj okazuje się prawdziwa – *audiatur et altera pars* – należy wysłuchać zawsze drugiej strony. Słuchając pana ministra – jest *happy* – wszyscy powinni być szczęśliwi i zadowoleni, bo jest dobrze. Słuchając potem drugiej strony – pana profesora, stwierdzamy, że nie jest tak dobrze. Zresztą wiemy z dnia powszedniego, że praktycznie nie jest dobrze, ponieważ jako posłowie otrzymujemy liczne apele, błagalne prośby na piśmie i telefonicznie. Pacjenci przychodzą też osobiście, a nawet zapraszają do domu i pokazują, w jakim stanie się znajdują. Przysyłają nawet swoje zdjęcia z atopowym zapaleniem skóry itd. Na pewno nie jest tak różowo i nie jest dobrze.

Z drugiej strony, brak konsekwencji. Można powiedzieć, że ten rząd Platformy Obywatelskiej i PSL-u myśli, że cały czas obowiązuje tylko propaganda i socjotechnika. A zdrowy rozsądek i logika – na bok.

Przepraszam, że tak mówię, ale jeśli cały czas twierdzicie, że jest 6800 przypadków ciężkiej postaci łuszczycy, a my wiemy – bo mówią to profesjonaliści – że jest 1400-1500, chociaż urzędnicy lepiej wiedzą – to dlaczego w takim razie dajecie tak zabójcze kryteria, że gdyby je zastosować, to zostałoby w programie dwóch, czterech czy pięciu chorych. Wiem, że w przypadku choroby Leśniowskiego-Crohna daliście zabójcze kryteria, że praktycznie trzeba umierać, żeby włączyć do leczenia lek biologiczny.

Jeśli już mówimy o mechanizmach zdroworozsądkowych, to dajmy takie kryteria, takie wskaźniki, jakie obowiązują na całym świecie – jasne, czytelne, transparentne. Nie ma tu żadnej uznaniowości, nie ma żadnych odstępstw. Są czytelne kryteria, które się sumuje. Daje się punkty i jest czytelne kryterium. A wy co robicie? Nie wiem, jak jest w dermatologii, ale wiem, jak jest w przypadku choroby Leśniowskiego-Crohna. Zrobiliście obowiązkowe kryterium, że BMI ma być poniżej 19, czyli chory musi już być wycieńczony. Musi umierać, żeby włączyć leczenie biologiczne. To jest chore. To jest coś niezrozumiałego. Empatia? Tu nie mówi się o empatii, bo tu nie ma zdrowego rozsądku. Bądźmy więc konsekwentni.

Panie ministrze! Jeśli rzeczywiście w przypadku cukrzycy źle albo nieprawidłowo leczonej powikłania kosztują osiem razy drożej niż w przypadku dobrze leczonej, tak samo jest i tu. Jeśli od początku potraktujemy tego ciężko chorego pacjenta prawidłowo lekiem biologicznym – bo praktycznie są teraz dwa leki na rynku, to jest poprawa. to błogosławieństwo, chyba Bóg je zesłał dla tych ciężko chorych. Widziałem efekt po pierwszym podaniu leku w ZZSK – to jest coś niebywałego. Leczenie biologiczne chyba Bóg zesłał dla tych bardzo ciężko chorych, cierpiących. Dlatego trzeba nad tym się pochylić. Nie mówię o empatii, tylko o zdrowym rozsądku i na zasadzie – efekt i koszt efektu. Przecież, jeśli damy tym 1400 chorym leczenie biologiczne, to damy miejsca w klinikach, damy punkty i możliwość leczenia jeszcze innych chorób, tym bardziej, że – jak pan profesor mówi – ja wiem, że niektórzy litują się i kwalifikują tych pacjentów do leczenia biologicznego, ale za to tracą możliwość innego leczenia, bo ta terapia wszystko „pożera". Terapia takiego pacjenta „pożera" wszystkie punkty. Jednak wiem, że profesorowie czy ordynatorzy się litują, chociaż potem są wzywani do dyrektora, jak w naszym szpitalu, a dyrektor stawia ich pod ścianą i mówi: „jeszcze dwa takie wybryki, i będziemy musieli inaczej rozmawiać". To jest dramat. Musicie to zrozumieć. Nie możecie patrzeć na liczby, na swoje propagandowe hasła. Oczywiście, można powiedzieć, że jeśli damy tutaj, to trzeba będzie zabrać temu, co ma dziecko chore na ciężką astmę, ma nowotwór itd. Można się tak przerzucać słowami, ale chodzi o sedno – o pewne wartości społeczne i ekonomiczne. Już nie mówię o wymiarze aksjologicznym. To jest bardzo ważne i nad tym trzeba się pochylić. I to nie znaczy, że jako opozycjonista, zawsze będę krytykować. Chodzi o to, że my wiemy, jak jest w istocie, bo widzimy życie społeczne i słyszymy co mówią pacjenci – też jesteśmy lekarzami i wiemy, o co chodzi.

Tyle, jeśli chodzi o łuszczycę. Apeluję o zdrowy rozsądek i niepoddawanie się mechanizmowi propagandy i radosnej twórczości, że jest OK. Pacjenci wam powiedzą, czy jest OK., bo możemy nawet zaadresować maila do pacjenta, a pacjent to odeśle i powie – do pana ministra, który powiedział, że jest bardzo dobrze i będzie dobrze.

I następna sprawa – atopowe zapalenie skóry, przede wszystkim, u dzieci. Takrolimus w świecie jest praktycznie stosowany powszechnie i refundowany. W Polsce – nie. Szczerze mówiąc zdjęcia, które czasem przysyłają mi pacjenci – mam takie zdjęcie dziecka z atopowym zapaleniem skóry, które przysłała mi pacjentka – to obraz drastyczny i dramatyczny. To jest tragedia. Maść takrolimus kosztuje – już nie mówię o nowszych pochodnych, które są droższe – ale efekt jest bardzo dobry. Tym ludziom należy pomóc, i tyle. Proszę o przyjazne i obiektywne spojrzenie na ten problem, bo jako lekarz wiem, że czasami możemy pudrować rzeczywistość i pewne przypadki lecznicze, ale to do niczego nie prowadzi. Przychodzi końcowy efekt dramatycznej części, kiedy trzeba… Powiem w cudzysłowie „chytry dwa razy traci". Nie dawaliśmy na początku, nie zdecydowaliśmy się na prawidłową terapię, a potem mamy tego konsekwencje – powikłania. Pan profesor mówił, że łuszczyca to choroba ogólnoustrojowa – zespół metaboliczny, polimetaboliczny – i jest bardzo ciężko. Tyle z mojej strony. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Miller, proszę.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Ja *ad vocem* wypowiedzi pana posła. Po pierwsze, nie słyszałem, żeby pan minister powiedział, że jest bardzo dobrze albo dobrze. Poza tym, panie pośle, bardzo łatwo głosić hasła populistyczne wobec konsultantów krajowych, co pan robi na każdym posiedzeniu Komisji. My wszyscy pochylamy się z troską nad sytuacją w służbie zdrowia. Pan minister wyraźnie powiedział, że dobrą służbę zdrowia można pełnić wtedy, kiedy są środki finansowe.

Dzisiaj nas czeka decyzja polityczna – czy podnosić składkę zdrowotną po to, żeby w Funduszu znalazły się większe pieniądze. Pan na każdym posiedzeniu Komisji staje za każdym – za diabetologiem, za onkologiem, a dzisiaj za dermatologiem, sprawiając wrażenie, że tylko pana wypowiedzi są słuszne, a my i ministerstwo tego nie dostrzegamy. To nieprawda – my dostrzegamy wszystkie problemy i równie zakłopotani nad tym się pochylamy.

Słyszał pan, co powiedział wiceprezes – niedopłata składki wynosi 805 mln zł. To jest powód do tego, żebyśmy się martwili. To jest atak, jak w rodzinie – jeżeli ktoś zarabia 1000 zł i każde dziecko potrzebuje kurtkę za 500 zł a dzieci jest sześcioro, to pan tych kurtek nie kupi. Oszczędności w służbie zdrowia mogą być prowadzone do pewnej granicy, czyli możemy się przyglądać pewnym przerostom administracyjnym czy innymi sytuacjom, ale na tych oszczędnościach nie da się zorganizować dobrej służby zdrowia.

Ja również rozumiem to, co mówi pan profesor – bo jestem lekarzem – i rozumiem problemy Ministerstwa Zdrowia czy Narodowego Funduszu Zdrowia, który ma określone środki a za te określone środki można prowadzić medycynę na określonym poziomie. Trzeba nad tym ubolewać, bo chcielibyśmy mieć medycynę na poziomie światowym. Chcielibyśmy mieć środki na leczenie chorych nowotworowo, na leczenie chorych dermatologicznie – ja też mam w rodzinie kogoś, kto ma ciężką łuszczycę – jednak samym chciejstwem nie da się tego zrobić. Myślę, że tu należy poprowadzić dyskusje nie taką, w której się kopie rząd Platformy czy ministerstwo Platformy, tylko taką, do której zasiądą wszystkie ugrupowania polityczne i zastanowią się, jak to zrobić, żeby środki, które będą do dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia, były większe. Policzmy sobie, jaki to jest procent w stosunku do PKB w innych krajach, gdzie medycyna stoi na znacznie wyższym poziomie, i jakie są to bezwzględne koszty. Przecież te leki czy urządzenia nie kosztują u nas taniej niż na Zachodzie. My musimy zapłacić te same pieniądze, w przeliczeniu na złotówki, a w sytuacji, kiedy jest dewaluacja złotówki, to tych leków możemy kupić znacznie mniej niż rok czy dwa lata temu.

W związku z tym, wydaje mi się, że tego problemu nie można traktować jednostkowo i wyjmować po kolei dermatologii czy diabetologii. Potrzeba poważnej debaty publicznej, w której zastanowimy się, co zrobić, żeby medycyna w naszym kraju była generalnie prowadzona na dobrym poziomie i odpowiedzieć na pytanie, czy możemy ją prowadzić na tym poziomie, czy nas na to stać. A jeżeli nas nie stać, to w jakich granicach możemy zapewnić bezpieczeństwo pacjentom. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Zanim przekażę dalej głos, udzielę go sobie…

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Ad vocem, panie przewodniczący. Po pierwsze, panie pośle, nie będę wdawać się w ostre polemiki, bo nie o to chodzi, ale – o ile zrozumiałem pana ministra i pana profesora – o tyle pana, panie pośle i lekarzu, nie rozumiem.

Po drugie, od pięciu lat chce pan nawoływać do dyskusji ponad podziałami, gdy macie rząd i możliwości – instrumenty i narzędzia. Chce pan, żebyśmy teraz się nad tym pochylali, bo zauważył pan, że jest tak ciężko, że składkę trzeba podnosić itd. Proszę patrzeć na realia i rejestrować rzeczywistość taką, jaką ona jest. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Dziękuję bardzo. Pozwolą państwo, że teraz ja coś powiem. Przede wszystkim, dobrze, że dzisiaj rozmawiamy o tym, między innymi z tych powodów, o których obaj moi przedmówcy mówili. Panie pośle Miller, ja naprawdę nie chcę tu mówić politycznie – zostawmy politykę z boku – ale pamiętajmy, że 5 lat temu był okrągły stół medyczny. Wnioski z tych prac poszły do kosza. Był też projekt Prawa i Sprawiedliwości, przedstawiony przez żyjącego wtedy profesora Religę, o zwiększeniu składki, więc tą odpowiedzialnością polityczną można było się wówczas podzielić – właśnie 5 lat temu. Tego nie zrobiono. Dzisiaj mamy to, co mamy. Państwo rządzą i tu postawię kropkę, bo mimo wszystko, nie jest to w tej chwili najważniejsze.

Najważniejsze jest znalezienie rozwiązania w tej sprawie, w której – jak myślę – jednak dyskutujemy merytorycznie. A wygląda to, niestety coraz częściej, tak samo w różnych dziedzinach życia. Są jacyś eksperci – przepraszam, że tak powiem – chyba wątpliwej kwalifikacji, którzy wiedzą lepiej od tych, którzy leczą i lepiej od tych, którzy kwalifikują – myślę nie tylko o konsultancie krajowym, ale również o konsultantach wojewódzkich, bo jest to przecież zespół osób pomocnych ministrowi i wojewodzie. Chyba oni wiedzą lepiej, ilu tych pacjentów będą kwalifikować według określonych kryteriów. Natomiast okazuje się, że ktoś – mam nadzieję, że nie z powodów politycznych – mówi: „nie, my wiemy lepiej”. Pan prof. Kaszuba może mówić, że wspólnie z kolegami zakwalifikuje 1000 osób, a oni mówią „nie, pan profesor dzisiaj mówi, że 1000, a zakwalifikuje 6000”. Bądźmy poważni w tym wszystkim

Panie ministrze, pan jest ministrem od niedawna. Wierzę i liczę na to, że pan to przełamie, bo przecież na pierwszy rzut oka jest w tym jakiś absurd. Trzeba wierzyć konsultantowi krajowemu, a ewentualnie dyscyplinować, gdyby się okazało po dwóch pierwszych miesiącach, że coś się zmienia. To po pierwsze.

Po drugie, tak się nieszczęśliwie składa, że ci najciężej chorzy – osoby kalekie, cierpiące, które nie dość, że nie pracują, to nie mogą samodzielnie funkcjonować – nie mają nad sobą szyldu „onkologia” czy „kardiologia”. To nie jest medialne, szanowni państwo – mówmy jasno i wprost. Gdyby to był chory onkologiczny czy kardiologiczny, byłyby pieniądze, wszystko byłoby załatwione bez najmniejszego problemu. Natomiast to, że jest to chory tak samo ciężko schorowany, tak samo z różnymi licznymi powikłaniami, czy wreszcie chory, który wskutek tych powikłań umiera, to już świat – powiem tak – dużo mniej interesuje. Nas, jako polityków z jednej strony, a z drugiej strony jako lekarzy, bo tak się składa, że prawie wszyscy, którzy tu zostaliśmy, to lekarze – myślę o członkach Komisji Zdrowia – właśnie to powinno interesować. Bo my mamy wiedzę, że tym chorym właśnie z tych powodów trzeba pomóc.

I czysty rachunek ekonomiczny – mówiono tu o tym już kilkakrotnie. Koledzy posłowie również o tym mówili. Posłużę się przykładem z mojego własnego doświadczenia. Kiedy byłem na leczeniu nad Morzem Martwym, dziwiłem się, panie ministrze, dużej grupie Duńczyków, którzy byli tam na terapii. Powiedzieli, panie ministrze, że po prostu to jest biznes – czysty biznes. Im się opłacało w to zainwestować, bo ci chorzy są wydolni, pracują, nie są na garnuszku państwa.

Abstrahując od tych absurdalnych wyliczeń dotyczących 0,5 mld zł, to przecież ci chorzy pobierają pieniądze z ZUS-u, nie tylko leżą w szpitalach i też tworzą koszty, o których mówił pan profesor, bo przecież te osoby wymagają pomocy, więc są hospitalizowane kilka razy do roku. Ale to zostawmy – nie pracują, są na garnuszku systemu państwa, i co więcej, nie wytwarzają, a są to ludzie, którzy mogliby być w pełni sił i mogliby tworzyć pewną wartość dodaną. Tego nie liczą ani minister finansów, ani Agencja Oceny Technologii Medycznych, ani Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a szkoda, bo to powinno liczyć się całościowo, powinno się na to patrzeć w całości. To jest sprawa, która w tym wszystkim wydaje się kluczowa i podstawowa, niezależnie od tych absurdalnych rozbieżności pomiędzy tym, co mówią fachowcy i tym, co stwierdza Agencja, która ma się znać na wszystkim, czyli – parafrazując dowcip z książki Nolena „Jak zostałem chirurgiem” – nie zna się na niczym.

Są też inne rzeczy, o które – jak myślę – warto pytać. Ważna rzecz, PUVA-terapia. Prosta, łatwa, tania i dostępna. Jeśli jednak zdusimy ją jednym punktem, to jaki mamy

efekt? Za chwilę będziemy mieć do czynienia z postępem choroby i być może wejściem w ciężką postać łuszczycy, czyli z koniecznością stosowania dużo droższej terapii. A przecież jest to leczenie proste, łatwe, dostępne i niezwykle skuteczne.

Dalsze dwie sprawy. Kwestia refundacji leków, pięknie wygląda. Pan profesor powiedział – mała grupa leków jest refundowana. Tylko jeden podany w tym wykazie jest dostępny na ryczałt, a reszta w większości na 50%. Jednak zapewniam pana, że koszt tych leków jest naprawdę ogromny. Co to powoduje? Tak naprawdę, jedno z dwojga – albo ktoś jest niewyleczony, jest na zwolnieniu lekarskim i rodzi koszty, albo ktoś jest w szpitalu, jest leczony i to też powoduje koszty. Być może warto pomyśleć, żeby jednak dość szeroką grupą leków w większym stopniu skutecznie leczyć.

I wreszcie ostatnia, zupełnie absurdalna sprawa – kwestia zakwalifikowania wspomnianej już łuszczycy, ale nie tylko, bo i wielu innych chorób dermatologicznych, do grupy chorób przewlekłych. My wszyscy jako lekarze wiemy, że jest to choroba przewlekła. Co więcej, Agencja Oceny Technologii Medycznych też to wie, bo stąd te wyliczenia – oni mówią, że ten chory dostanie lek biologiczny przez trzy miesiące, ale będzie się leczyć długo, bo trzeba będzie prowadzić terapię podtrzymującą, *nota bene* pewnie nie tak drogą – tak zakładam, ale pan profesor wie lepiej – jak u osoby chorej, tylko jak u osoby, która jest już wyleczona. Również tu te dane na pierwszy rzut oka, w jakimś sensie się nie zgadzają, ale tak czy inaczej, sytuacja jest taka, że ta choroba również według nich jest choroba przewlekłą. Natomiast – jak się okazuje – według ministerstwa – żeby było sprawiedliwie, panie ministrze – od lat, i za wszystkich rządów – ten problem nie jest załatwiony. Postawmy w końcu sprawę z głowy na nogi – niech to będzie choroba przewlekła. Niech będą jakieś obostrzenia, żeby nie było nadużyć z tytułu tych uprawnień. To, jeżeli nie od jednej strony, to od drugiej, pomoże załatwić problem ważny dla chorych, i szczerze mówiąc, ważny również dla państwa z punktu widzenia ekonomiki państwa, bo gdyby to wszystko policzyć, to nie mam wątpliwości, że na końcu by się okazało, że opłaca się wiele rzeczy, które dzisiaj się nieopłacaną. Dziękuję bardzo.

Proszę, czy są inne głosy? Zgłaszała się pani profesor. Bardzo proszę.

Sekretarz generalny Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego Joanna Narbutt:

Bardzo dziękuję za to, że mogę tu dzisiaj być jako przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, które liczy ponad 1800 specjalistów dermatologii,

Tak naprawdę, to pan poseł wyjął mi większość słów z ust, ale chciałabym powiedzieć – zwracając się głównie do Narodowego Funduszu Zdrowia – że wiem, że nie ma pieniędzy. To jest rzecz oczywista, że w naszym kraju pieniędzy nie ma na wszystko. Właściwie przyzwyczailiśmy się do tego. Wydaje mi się jednak, iż mówienie, że nie możemy refundować leczenia biologicznego ze względu na brak pieniędzy w przypadku pacjentów z ciężką łuszczycą – czyli mówimy o 1500 pacjentów, bo ja również potwierdzam tę liczbę – wynika z błędnego myślenia. Nie jestem ekonomistą, ale sama, na własny użytek, mając wielu pacjentów, zrobiłam takie wyliczenia. Jeżeli nie mogę podać pacjentowi drogiego leku, który na pewno, tak jak mówił pan poseł, pozwoliłby mu być produktywnym, wrócić do życia, czyli on by zarabiał – bo jak mu daję 3 razy w roku 1,5-miesięczne zwolnienie i wprowadzam go w stan frustracji, stresu i bezproduktywności, to przecież on też generuje praktyczne koszty – to najczęściej daję mu leki najtańsze, bo mi go szkoda. A najtańsze dla pacjenta są preparaty robione – na ryczałt 5 zł za 100 g maści, ale na 100% kosztuje to niekiedy 200 zł. Czyli, tak naprawdę, wprowadzam państwa w potworne długi, świadomie to robiąc. Chcąc zrobić gest w stronę pacjenta, nie wyleczę go. Bardzo bym chciała, gdyby była możliwość, żeby zrobić taką analizę, bo może wtedy by się okazało, że ci pacjenci nie przynoszą nam… To jest to, co również powiedział pan – jak się ma rodzinę pięcioosobową, to trzeba kupić pięć kurtek, ale jeśli kupi się porządną kurtkę, może o rozmiar za dużą, to starczy na dłużej. To jest przenośnia prosta i może prymitywna, ale docierająca do świadomości. A pamiętajmy o tym, że pacjenci z ciężką łuszczycą to są często alkoholicy bezrobotni. To kto na nich płaci, jeśli oni mają 25 lat? Potem z ciężkim zawałem lub cukrzycą wchodzą w różne programy i są leczeni, a może w ogóle byliby nie leczeni. Wydaje mi się, że gdyby zatrudnić porządnego statystyka, bio-

statystyka, który by dobrał się do tych historii chorób i to policzył, to jestem przekonana, że byśmy na tym nie stracili. Taki jest mój głos. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy są jeszcze inne głosy w dyskusji? Bardzo proszę, pani poseł Kłosin.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Chciałbym tylko zwrócić uwagę na jedną rzecz i dopytać pana ministra i pana prezesa NFZ-u, bo państwo w materiale wskazują na to, że gdybyśmy wdrożyli program dla pacjentów łuszczycowych, to zachodzi niebezpieczeństwo finansowania takiego pacjenta z dwóch źródeł. Z tego, co mówi pan profesor, to pacjent objęty programem lekowym jest leczony w ramach tego programu i – moim zdaniem – już nie korzysta z leczenia w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów, bo nie ma takiej potrzeby. A jeśli chodzi o sposób sprawozdawania danych, to można ustalić, że pacjent objęty programem lekowym korzysta z tych środków w ramach programu i nie może być jednocześnie sprawozdawany jako pacjent w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów. Te kryteria można bardzo ściśle ustawić i NFZ może takie rozporządzenie przygotować. Nie wiem, może się mylę. Może to nie jest możliwe. Może pacjent korzystający z programu lekowego musi jednocześnie korzystać z jakiegoś wsparcia w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów. Prosiłabym o to, żebyśmy szukali rozwiązań i jeżeli jest taka możliwość, objęli tym najbardziej poszkodowanych pacjentów, mając na uwadze to, że oni jednak, być może, nie będą pacjentami w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów i wyasygnowali te środki na najbardziej potrzebujących w ramach tego programu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę o odpowiedzi na te pytania.

Zastępca prezesa NFZ Zbigniew Teter:

Panie przewodniczący, proszę państwa, pani poseł ma rację – pacjent albo jest w Jednorodnych Grupach Pacjentów, albo w programie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. A skoro pan prezes już jest przy głosie – czy mógłby pan się odnieść do tego postulatu – 1 pkt za PUVE? Czy nie można tu uzyskać tak prostej deklaracji, że będą to 2 pkt? Już inaczej będzie się rozmawiać z dyrektorem szpitala czy poradni i tanie leczenie będzie się mogło rozwijać.

Zastępca prezesa NFZ Zbigniew Teter:

Panie przewodniczący, proszę państwa! Państwo sobie zdają sprawę z tego, ile jest rodzajów chorób, schorzeń. Każda grupa zawodowa chciałaby, żeby to było ocenione wyżej.

Tak, jak powiedziałem, fundusz i plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia jest ograniczony i ja tylko o tym mówiłem. Nie powiedziałem o tym, że będziemy lepiej finansować to czy tamto. Na ten rok, na rok 2013 również, państwo oceniali plan Narodowego Funduszu Zdrowia i stwierdzili państwo wszyscy – jednogłośnie Komisja Finansów Publicznych – że ten plan Narodowego Funduszu Zdrowia jest dobry na te czasy. Tych pieniędzy nie przybędzie znikąd. Dlatego też te pieniądze trzeba dzielić tak, jak państwo posłowie i Wysoki Parlament wskazał ustawą, bo Narodowy Fundusz Zdrowia jest zobowiązany prowadzić gospodarkę finansową prawidłowo i zbilansować po stronie przychodów i kosztów. Nie zostawiamy żadnych, żeby mogło na jakiekolwiek sprawy inne starczać. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Panie prezesie, myśmy się nie zrozumieli. Ja nie mówię o zmianach w tym roku. Mam świadomość tego, że państwo mają trudną sytuację, zwłaszcza przy brakujących środkach. Myślę o tym, że zaczyna się teraz kontraktowanie na rok przyszły i przy okazji kontraktowania – nawet jeżeli kołdrą wszystkiego przykryć się nie da, bo niedobory będą zawsze – rozmawiając z dyrektorami szpitali, można by potraktować jako punkt wyjścia chociażby to, o czym powiedziałem. To tylko krótka uwaga, którą pozostawiam bez komentarza. Mam nadzieję, że to pan przekaże w czasie rozmów.

Oddaję głos panu ministrowi. Rozumiem, że pan będzie odpowiadać na pytania. Widzę jeszcze zgłoszenia. Może najpierw pan poseł Miller, a potem oddam głos panu ministrowi.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Panie prezesie i panie ministrze! Po to, żeby załatwić takie sprawy, o których dzisiaj mówiliśmy, myślę, że są jeszcze takie miejsca w Fundusz i takie świadczenia, które można przeanalizować. Pół roku temu zwracałem się do państwa w sprawie rozporządzenia Funduszu i Ministra Zdrowia w sprawie lekarzy rehabilitantów. Z całej Polski słychać głosy lekarzy o specjalizacji rehabilitacja, którzy są wymagani na oddziałach kardiologicznych, pulmonologicznych i ortopedycznych. Dotąd ich tam nie było, a praca szła świetnie. Ordynatorzy świetnie sobie radzili łącznie z magistrami fizjoterapii. To rozporządzenie powoduje olbrzymie koszty dla NFZ-u, dlatego, że dla jednego małego szpitala, który zwrócił się od mnie z takim pismem, to jest kwota 150 tys. zł rocznie od jednego etatu. Po co mnożyć takie sytuacje, gdzie nie są potrzebni tego typu specjaliści? Co więcej, jest 1500 specjalistów w kraju, a oddziałów jest 3000. To znowu spowoduje konieczność kierowania młodych lekarzy w bardzo wąską specjalizację, co kosztuje i co jednocześnie powoduje, że przy braku innych specjalistów (onkologii, geriatrii, lekarzy rodzinnych) zawłaszcza się nam 2000 ludzi zupełnie niepotrzebnie.

Bardzo proszę o przyjrzenie się takim sytuacjom, bo być może będą tam pieniądze, które spełnią oczekiwania, nawet w sprawie łuszczycy czy dermatologii. Może to będą pieniądze, które chociaż w części pokryją to pokryją, mimo braku środków – może na tym zaoszczędzimy. Bardzo państwa proszę o przyjrzenie się temu. Ja akurat mówię o tym szczególnym przypadku, ale może – jeżeli się nad tym pochylimy – to zauważymy więcej takich miejsc, w których znajdziemy pieniądze na bardziej potrzebne sprawy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Poproszę pana ministra o zabranie głosu. Proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:

Dziękuję bardzo. Pytań było bardzo dużo – bardzo dużo problemów. Kilka spraw się powtarzało. Postaram się odpowiedzieć przynajmniej na większość z nich.

Żałuję, że nie ma pana posła Hoca, bo zadał pytania, i – jak rozumiem – nie jest zainteresowany odpowiedziami. Chciałbym zapytać przede wszystkim…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, dla wyjaśnienia słabej frekwencji powiem, że równolegle jest debata na tematy medyczne na sali plenarnej.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:

Rozumiem. Chciałem się tylko ustosunkować. Powiem tak. Nie widziałem w naszym raporcie optymizmu – wspomniał o tym pan poseł Miller. Wydawało mi się, że przedstawiamy pewien zakres obiektywnej informacji pokazując również uczciwie pewne minusy w finansowaniu dermatologii. Zatem zarzut optymizmu, tym bardziej, że nieuzasadnionego, nie wydaje mi się zgodny z rzeczywistością.

Druga kwestia, którą podjęli i pan poseł, i pan przewodniczący, dotyczy roli AOTM-u. Bardzo spokojnie podszedłbym do kwestii różnicy zdań. Ona miała prawo zaistnieć. Chcę przypomnieć, że Agencja Oceny Technologii Medycznych jest niezależnym ciałem, które służy doradczo i opiniuje. Rada Przejrzystości – jeżeli państwo znają całą strukturę i sposób funkcjonowania – dobierana jest w bardzo restrykcyjny sposób na każde posiedzenie, ma za zadanie obiektywnie zdecydować o pewnych przesłankach, jest ciałem doradczym i opiniującym.

Zarzut, jaki pan poseł wysunął, a w pewnej mierze pan przewodniczący powtórzył w nieco złagodzonej formie, że tworzą to urzędnicy, wydaje mi się trochę za daleko idący, bo uważam wręcz, że wzmocnienie roli Agencji jest bardzo istotne. To jest tak, jak w amerykańskim systemie Food and Drug Administration, który opiniuje w bardzo zdecydowany i czasami kontrowersyjny sposób, ale jest obiektywną Agencją, która ma za zadanie rekomendować pewne rodzaje terapii.

Oczywiście my zdajemy sobie sprawę z tego, że to nie jest łatwy proces. Jesteśmy bardzo dalecy od krytykowania tego, w związku z tym, raczej skupiamy się na rozmowach zarówno z Agencją, jak i z konsultantami krajowymi. Te rozbieżności zdań mają prawo zaistnieć, ale one nie świadczą o nastawieniu politycznym, broń Boże. Nie sądzę, żeby pan profesor był nastawiony politycznie w naszych rozważaniach. Nie mamy podstaw, żeby twierdzić, że Agencja Oceny Technologii Medycznych jest nastawiona politycznie, bo stawiany zniesławiający zarzut braku obiektywności wobec osób, które są ekspertami w pewnych dziedzinach, powinien mieć chociaż minimum pokrycia w faktach, a nie sądzę, żeby tak było.

Myślę, że warto pochylić się nad tym, jak Agencja powinna być wzmocniona, jak powinniśmy zbudować jej obiektywizm i jak powinniśmy dążyć tego, żeby to było ciało, które niezależnie od sytuacji politycznych, stanowiło rzetelne źródło informacji. Oczywiście, nie jest to wiedza objawiona. Po to dyskutujemy – bardzo dziękuję panu profesorowi za deklarację współpracy. Oczywiście, my współpracujemy – ja reprezentuje resort od niedawna, ale te rozmowy toczą się od pewnego czasu. Powtarzam, że bardzo cieszę się z tej deklaracji, bo to świadczy o tym, że jesteśmy w stanie te stanowiska zbliżyć. Jestem przekonany, że tak będzie i to w niedługim czasie. Mamy już dane, że to rozciągnięcie w czasie, które dla pacjentów było niekorzystne i jest niekorzystne – jak każde przeciągnięcie w czasie takiej decyzji – skutkowało w czasie rozmów i powtórnych wycen zmniejszeniem ceny leków. To jest coś, co realnie przybliży tę terapię pacjentom. Oczywiście, to nie jest tak, że to jest element świadomej gry negocjacyjnej.

Powiem tak, co państwo już tutaj bardzo słusznie podkreślili, że moim marzeniem, jako do niedawna aktywnego zawodowo lekarza – nie polityka, tylko urzędnika przez pewien okres w swoim życiu, żebyśmy spróbowali odrzucić pewną polityczna aureolę dotyczącą ocen i zastanowili się nad zdrowymi rozwiązaniami systemowymi. To jest może naiwne, ale takie mam marzenie. Mam nadzieję, że uda się nam chociaż w kilku sytuacjach porozmawiać o konkretach.

Jeżeli pani profesor – trochę przeskakuję, ale będę wracać do poszczególnych zagadnień – słusznie przedstawia przykład generowania czegoś, co się nazywa kosztem alternatywnym w ekonomii, czyli, że powinniśmy wziąć pod uwagę to… Oczywiście, pan przewodniczący również o tym wspomniał, to są bardzo słuszne uwagi. W krajach, które mają o wiele lepiej ustabilizowany system wyceny technologii, jak również prognozowania pewnych procesów medycznych, to są systemy, które już aktywnie istnieją. Amerykanie świetnie to robią – są w stanie wyliczyć nawet wartość życia ludzkiego, jeżeli będziemy rozmawiać o firmach ubezpieczeniowych – a Food and Drug Administration świetnie w tej kwestii funkcjonuje. Są narzędzia na świecie. Tak naprawdę problem polega na tym, o czym mówimy cały czas, że to nie jest kwestia tylko kupienia tych kurtek dla dzieci – wracając do analogii pana posła – mimo świadomości tego, o czym pan profesor wspomniała, że jeśli nie kupimy kurtek, to dzieci zachorują, będziemy je leczyć antybiotykami i jedno z nich trafi do szpitala albo umrze. To jest pełna świadomość. Jednak dzisiaj znajdujemy się w takiej sytuacji, że tak naprawdę nie mamy pieniędzy na te kurtki. I mamy świadomość skutków, skutków społecznych, o których pan przewodniczący wspomniał – tylko problem polega na tym, że my wybieramy.

Jeśli mówię o koszcie alternatywnym, mając na względzie ekonomiczny sens tego pojęcia, to chcę podkreślić jeszcze jedną rzecz – kosztem alternatywnym, dla nas również decyzyjnym, jest to, na co pieniądze wydamy także w zakresie terapii. I w pełni się z tym zgadzam, nie ma pana posła, że powinniśmy wszystkim dać wszystko. Jestem za tym jako lekarz. Muszę powiedzieć, że nie chciałbym nigdy mieć dylematów moralnych, komu dać a komu nie dać, albo – komu dać wcześniej a komu później. Niestety, rzeczywistość jest inna. To nie jest tak jak trzydzieści lat temu, kiedy decydowaliśmy, komu podłączyć dializę a komu nie, i była komisja, która się zbierała i orzekała – panu tak a pani nie, i *de facto* skazywała taką osobę na śmierć. Robimy to w sposób pośredni. Każdy, kto zajmuje się polityką zdrowotną ma tego świadomość. Państwo jako lekarze doskonale to wiedzą, a jako politycy również mają świadomość, że te decyzje mają bardzo konkretne implikacje medyczne i życiowe, bo nie tylko społeczne. Krótko mówiąc, jest to bardzo mocne przełożenie. Mam świadomość tego jako osobą związana z kardiologią

od początku swej pracy. Dzisiaj ze zdumieniem patrzę na to, co wiedziałem od strony zaleceń. Dzisiaj, na przykład, czekamy na opinie AOTM-u odnośnie do kilku leków przeciwpłytkowych. Są świetne przykłady na świecie, standardy mówią jednoznacznie – leczymy, zmniejszamy śmiertelność. A informacja jest jedna, że – i muszę z pokorą jako urzędnik ją przyjąć – w tym budżecie nie ma na to pieniędzy.

Nie chciałbym polemizować odnośnie do zasadności wniosku pana profesora, bo zasadność wniosku pana profesora i pani profesor jest bezdyskusyjna. To, co pan poseł Miller powiedział, to jest słuszna uwaga. Tak naprawdę, nie dyskutujemy o zasadności. My raczej patrzymy na to – ja trochę się zżymam na posiedzeniach kierownictwa – kiedy tak naprawdę mamy zdecydować o tym, czy będzie ten lek czy inny. We współpracy z NFZ-em i głównie z niezależną Agencją Oceny Technologii Medycznych, musimy oprzeć się na źródle niezależnym, co zdejmie z wszelkich decyzji znamiona polityki, subiektywizmu, czyjegoś widzimisię albo lobbingu jednego środowiska przed drugim, co wciąż jest bardzo realne i groźne.

Chcę powiedzieć, że nie ma sensu przekonywanie się, szczególnie w gronie osób, które są lekarzami, do skuteczności terapii. Potrafimy wejść w „The New England Journal of Medicine", potrafimy sprawdzić wyniki najnowszych badań klinicznych i ocenić ten lek, robiłem to, i nie polemizujemy nad merytoryczną stroną. Zasadność wnioskowania jest bezdyskusyjna.

Przedstawiając państwu te kłopoty decyzyjne, starałem się państwu uświadomić jedną rzecz, że obstrukcja w resorcie, z punktu wiedzenia konsultanta krajowego czy przeciętnego pacjenta, która – prawdopodobnie ze względów politycznych – może być traktowana jako zła wola, nie jest złą wolą. Tylko to chciałem powiedzieć. Pokazuję państwu obiektywne dane, pokazuję pewien proces. Musimy być odpowiedzialni za to, co tworzymy. Chciałem udokumentować, że nie jest tak, że ktoś wrzucił to do szuflady. Trwają intensywne prace. Staramy się wzajemnie przekonywać. Te prace przynoszą bardzo konkretny skutek. I, oczywiście, nie mam złudzeń, że uda się to nam zrobić w każdym zakresie. Tak naprawdę, musimy wyważyć, czy możemy na jedną rzecz wydać kilka czy kilkadziesiąt milionów złotych – 70, 350, możemy przerzucać się różnymi kwotami – i zabrać te pieniądze z innego miejsca. To jest ciągle przykrótka kołdra, którą przeciągamy. Uczciwość medyczna, etyczna, o której tu wspominano a również uczciwość polityczna, nakazuje powiedzenie sobie, że tak naprawdę powinniśmy zważyć argumenty. Z mojego punktu widzenia wygląda to tak, że musimy zastanowić się na tym – jeżeli jest decyzja, z którą się zgadzamy, mamy obiektywne dowody na skuteczność terapii – leczymy. Jest pytanie: jak ustawiamy te kryteria, jaką grupę osób leczymy i tego się trzymamy. Natomiast realność decyzji, w sensie czysto ekonomicznym polega też na tym, że musimy sobie zdawać strawę z tego, że jako urzędnicy ministerstwa mamy na szali dziesiątki różnych wniosków, które są świetnie uzasadnione medycznie, żeby nie było złudzeń. Musimy zważyć, czy wydłużenie życia populacyjnie dla grupy 30 tys. osób – bo są takie dane… Możemy się tym przerzucać. Możemy zapytać – czy lepiej jest zasadniej leczyć 1500 osób na zaawansowaną łuszczycę, z jej skutkami społecznymi i zdrowotnymi, czy korzystniej jest za te same pieniądze dopłacić do statyn ludziom, którzy są zdrowi, ale obarczeni czynnikami ryzyka i populacyjnie zmniejszyć śmiertelność o 30 tys. w perspektywie najbliższych czterech lat? To jest realne pytanie, proszę państwa. Myślę, że jeżeli państwo spróbują trochę wyjść poza pewną działkę i spojrzą na to w nieco szerszym kontekście, to ten dylemat ujawni się w takiej skali. Jest pytanie – czy polityk ma zdecydować o tym, że choroby sieroce będą leczone w takim zakresie, gdy terapia dziecka kosztuje kilkaset tysięcy złotych, czy lepiej – o czym państwu mówiłem w kontekście leków – dopłacić do powszechnie dostępnych leków, ACE inhibitorów, beta blokerów, albo dać je ludziom za darmo – bo są takie próby – i zmniejszyć populacyjną śmiertelność o kilkadziesiąt tysięcy osób, za te same pieniądze. To jest realny dylemat. To samo dotyczy chociażby terapii niestandardowych, tak politycznie nośnego tematu. Jako lekarze wiemy, że terapia niestandardowa jest rodzajem eksperymentu medycznego i trochę też się zżymam na temat tego, bo gdy na szali mamy udokumentowane leczenie zaawansowanej postaci łuszczycy, to może warto, w kontekście również politycznym, podjąć bardzo ten trudny wątek, bo medialnie jest on strasznie niewdzięczny.

Proszę tylko pamiętać, że w terapii niestandardowej, która jest bardzo kosztowna (trochę odchodzę od tematu) mówimy nawet nie o średniej przeżycia, a o medianie rzędu sześciu tygodni. Pytam, czy to jest uczciwe. Oczywiście, jest to medialnie nośne i możemy powiedzieć, że to jest super – możemy polityczny bębenek świetnie podbijać, natomiast realne fakty medyczne są trochę inne – może jest to trochę mniej spektakularne, tych osób jest mniej. Myślę, że jeśli w ten sposób zaczniemy stawiać pytania, to dojdziemy do konsensusu, to znaczy, będziemy sobie w stanie obiektywnie powiedzieć, że na te rzeczy nas stać, a na inne nas nie stać, bo tych pieniędzy po prostu nie ma.

Odnośnie do konkretów PMI – 19 – zostało to zarzucone przez pana posła – propozycja nie jest urzędnicza i nie ministerialna. Pochodzi od pani prof. Rydzewskiej, konsultanta krajowego, między innymi dlatego zawsze kłaniamy się w kierunku konsultantów. Uważamy ich za autorytety w swojej dziedzinie, za liderów opinii i bardzo mocno staramy się konsultować wszelkie decyzje z konsultantami.

Jeśli chodzi o wycenę świadczeń – nie, żebym odbijał tę kwestię w kierunku pana prezesa – wykracza ona poza nie tylko poza ramy naszego dzisiejszego spotkania, ale również poza zakres moich kompetencji, bo – przypominam – Ministerstwo Zdrowia nie zajmuje się wyceną. Mamy takie marzenie – mam nadzieje, że chociaż w części się ono ziści – że oddzielimy pewne kwestie związane z wyceną od płatnika. To byłoby idealne, bo to nie jest dobry układ również dla samego płatnika. Pan prezes prawdopodobnie wolałby mówić, za co płaci, a nie – jak wycenia, bo jest to znacznie trudniejsza kwestia. Wyceny są w tej chwili pochodną możliwości finansowych a mamy sygnały, że one nie do końca odzwierciedlają realnie poniesione koszty w stosunku do świadczeń. Świadomość tego istnieje, natomiast to jest trochę bardziej złożony proces niż wskazanie pojedynczych kwestii, które są źle wycenione *in plus* albo *in minus* – bo sytuacje *in plus* też mamy. To jest kwestia stworzenia standardów – tu wracamy trochę do jakości i do taryfikowania pewnych kwestii. Jest to złożony proces i nie mam złudzeń, że jesteśmy w stanie rozwiązać to w krótkim czasie, ale takie ambicje mamy. Jeśli starczy nam siły i czasu, siły przebicia i argumentów merytorycznych – mam nadzieję, że tak będzie – to będziemy również mogli merytorycznie rozmawiać o tym, jak wyceniamy te usługi i na ile nas stać, jeśli chodzi o budżet.

To chyba tyle, w dużym skrócie. Chciałbym jeszcze podziękować panu profesorowi i pani profesor za deklarację współpracy, która oczywiście się dzieje, jest bardzo aktywna, szczególnie w ostatnim okresie, ale mamy nadzieję, że uda się nam uzgodnić stanowisko. Ja deklaruję, że w relacjach ze mną, z mojej strony będę się starać operować argumentami merytorycznymi i bardzo bym prosił, żeby nie zarzucać mi *a priori* politycznego nastawienia, bo takiego nie ma. Jestem w ministerstwie z klucza tak zwanego eksperckiego, a nie politycznego, w związku z tym będę wdzięczny, jeśli pozostaniemy w tej sferze merytorycznych rozważań. Dobrze? Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, czas się kończy, musimy zwolnić salę. Chciałbym panu podziękować za bardzo szczerą i właśnie merytoryczną wypowiedź. Myślę, że dotknął pan istoty sprawy. Polityka, siłą rzeczy, wkrada się z każdej strony, bo z jednej strony krytykujący nie mogą sobie odmówić chęci wykazania się większą empatią, choćby wobec grupy pacjentów poddanych terapii niestandardowej, o której pan wspomniał, a z drugiej strony, rządzącym jest łatwiej przyznać pieniądze na coś spektakularnego, czym media bardzo się interesują niż na coś równie potrzebnego, ale trochę mniej spektakularnego.

Niech konkluzją z tego spotkania będzie to, że – po pierwsze, jak rozumiem – będą dalsze rozmowy w tych sprawach. W imieniu całej Komisji, prezydium i swoim własnym, deklaruję chęć współdziałania, ewentualnie pomocy czy włączenia się do takich rozmów. Myślę, że ten temat będzie powracać w takiej lub innej formie, jeśli nie na posiedzeniu Komisji, to na posiedzeniu podkomisji do spraw zdrowia publicznego, bo to jest jedna z dziedzin, którą tam należy się zajmować. Wreszcie, z pewnością na posiedzeniu prezydium wypracujemy jakieś wnioski z tej dyskusji – niekoniecznie dezyderat – które, za aprobatą Komisji, panu przekażemy.

Bardzo dziękuję za to spotkanie. Zamykam posiedzenie Komisji.